

(別紙様式21)

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女	年生 (歳)	計画評価実施日	年	月	日
リハ担当医	PT	OT	ST			
原因疾患(発症・受傷日)			合併疾患・コントロール状態(高血圧, 心疾患, 糖尿病等)			

評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)

心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード) 右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:)	<input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症:種類) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:
	基本動作 立位保持(装具:) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 平行棒内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施 訓練室内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施	

自立度 ADL・ASL等	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」				訓練時能力:「できる“活動”」									
	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容等	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・ 場所(訓練室・病棟等) 介助内容等
屋外歩行														
病棟トイレへの歩行														
病棟トイレへの車椅子駆動														
車椅子・ベット間移乗														
椅子座位保持														
ベット起き上がり														
排尿(昼)														
排尿(夜)														
食事														
整容														
更衣														
装具・靴の着脱														
入浴														
コミュニケーション														
活動度	日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯:) 理由)													
	日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子, <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> キャッチアップ													

参加	職業 (含:主婦・学生) (職種・業種・仕事内容:)	社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。)
----	-----------------------------	-------------------------

目標	本人の希望
	家族の希望
方針	リハビリテーション終了の目安・時期

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	---	---	---	-------	-------	--------

リハビリテーション実施計画書

患者氏名:	男・女	生年月日(西暦)	年	月	日	計画評価実施日	年	月	日
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST	
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):		合併症(コントロール状態):				発症前の活動、社会参加:			
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2				認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M					

評価項目・内容 (コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)

心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害:			<input type="checkbox"/> 音声・発話障害 (<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症:種類) <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> その他:		
	基本動作	寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助):				

活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)						
	ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	使用用具(杖、装具)	介助内容
	食事	10	5	0			
	移乗	15	10 ← 監視下				
	座れるが移れない→		5	0			
	整容	5	0	0			
	トイレ動作	10	5	0			
	入浴	5	0	0			
	平地歩行	15	10 ← 歩行器等		歩行:		
	車椅子操作が可能		→ 5	0	車椅子:		
	階段	10	5	0			
	更衣	10	5	0			
	排便管理	10	5	0			
	排尿管理	10	5	0			
合計(0~100点)	点						
コミュニケーション							

目標 (1ヶ月後、退院時):	本人・家族の希望:
----------------	-----------

リハビリテーションの治療方針:

目標到達予想時期:	説明者署名:
-----------	--------

本人・家族への説明: 年 月 日	説明を受けた人: 本人、家族() 署名:
------------------	-----------------------

リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日 年 月 日(歳) 要介護度:

健康状態(原因疾患, 発症・受傷日等)	合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 呼吸器疾患, 糖尿病等)	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: <input type="checkbox"/> 感覚機能障害: <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮:(部位) <input type="checkbox"/> 関節痛:(部位) <input type="checkbox"/> その他(認知症に関する評価
参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入)		
退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定		
家庭内役割(家事への参加, 等):		
社会活動:		
外出(内容・頻度等):		
余暇活動(内容・頻度等):		
退院後利用資源:		

自立・介護 状況 項目	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたいもたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動												
	トイレへの移動											
	階段昇降											
	屋内移動											
	屋外移動											
	食事											
	排泄(昼)											
	排泄(夜)											
	整容											
	更衣											
	入浴											
	コミュニケーション											
	家事											
外出												

自立・介護 状況 項目	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたいもたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り											
	起き上がり											
	座位											
	立ち上がり											
	立位											
摂食・嚥下												

リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望 (年 月 日)
ご家族の希望 (年 月 日)

生活目標	その人らしく生活するためのポイント
リハビリテーションプログラム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み

ご本人に行ってもらいたいこと
ご家族にお願いしたいこと
病気との関係で気をつけること

前回計画書作成時からの改善・変化等(月 日)

備考

担当チーム	担当医: _____ ●PT・OT・ST: (), (), (), () ●看護・介護: (), (), (), () ● (), (), (), () ()内は職種を記入
-------	---

ご本人・ご家族への説明と同意: 年 月 日

ご本人サイン: _____ ご家族サイン: _____ 説明者サイン: _____

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な医療・介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

(別紙様式21の4)

リハビリテーション 実施計画書

ID: _____

評価日(開始日): _____年 _____月 _____日

患者氏名: _____

男・女

生年月日 _____

年 _____

月 _____

日 _____

(_____ 歳)

主治医・説明医師:	リハ担当医:	看護師:
理学療法士:	他職種()	

診断名	合併症
入院日 _____年 _____月 _____日	発症日 _____年 _____月 _____日(頃)
手術日 _____年 _____月 _____日	治療法(術式)
冠危険因子(既往歴)	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病(CKD) <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> その他()

活動時のリスク	心機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低下 (EF _____%)	関節可動域制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	不整脈	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	虚血(残存狭窄)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	その他			

日常生活(病棟)の自立度(実際に行っている活動)

安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 室内歩行 <input type="checkbox"/> 病棟内歩行 <input type="checkbox"/> 院内歩行 <input type="checkbox"/> 屋外歩行
起居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: ()
歩行(移動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考: <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
ベットから車椅子(ストレッチャー)への移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考: ()
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考: ()
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 点滴有 <input type="checkbox"/> 点滴無 <input type="checkbox"/> その他()
排泄(排尿)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベット上 <input type="checkbox"/> 尿バルーン留置 <input type="checkbox"/> その他()
排泄(排便)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベット上
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 洗髪 <input type="checkbox"/> 清拭
コミュニケーション(意思伝達)	<input type="checkbox"/> 成立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 ※備考: ()

環境	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居() <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 居住階()階:エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 事務仕事 <input type="checkbox"/> 肉体仕事 職種・通勤方法等

再発予防・健康維持のための目標	<input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 運動習慣の獲得 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他()
-----------------	---

本人・家族の希望・目標	
-------------	--

運動目標・方針(負荷試験)と運動内容(以下、チェックした項目を順に行っていく予定)

開始日(起算日)	_____年 _____月 _____日	予定期間	
運動目標・方針(負荷試験)	<input type="checkbox"/> 立位・ベット周囲歩行 <input type="checkbox"/> 50m歩行 <input type="checkbox"/> 100m歩行 <input type="checkbox"/> 200m歩行 <input type="checkbox"/> 500m歩行 <input type="checkbox"/> _____m歩行 <input type="checkbox"/> トレッドミル運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 自転車エルゴメータ運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> その他() ※備考: ()		
運動内容・処方	<input type="checkbox"/> 呼吸訓練 <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 筋力増強 <input type="checkbox"/> 日常生活動作 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他() ※運動処方: ()		

上記について説明を受けました。

年 _____

月 _____

日 _____

本人・家族氏名 _____

リハビリテーション実施計画書

ID _____ 患者氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日(明・大・昭・平・西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日
 平成・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 回目・ _____ ケ月目)

診断名: _____
 発症日: _____ (頃)・手術日: _____
 治療内容(術式): _____
 合併症: _____

冠危険因子(既往): 高血圧症 脂質異常症 糖尿病 喫煙
肥満 高尿酸血症 慢性腎臓病(CKD) 家族歴 狭心症
陳旧性心筋梗塞 他(_____)

標準体重 _____ kg: 目標血圧 _____ / _____ mmHg
 現在の体重 _____ kg: BMI(18.5~24.9) _____ kg/m²
 現在の血圧(又は家庭血圧) _____ / _____ mmHg

血液検査結果

HbA1c(6.5%未満) _____ %
LDLコレステロール(100mg/dl未満) _____ mg/dl
HDLコレステロール(40mg/dl以上) _____ mg/dl
中性脂肪(TG:150mg/dl以下) _____ mg/dl
BNP _____ pg/ml
他(_____)

心機能: 左室駆出率(EF)【正常・低下】 _____ %
 他所見(_____)

ADL 車椅子【自立・他人操作】 介助歩行 杖歩行
屋内歩行 屋外歩行 他(_____)

環境 独居 同居(_____) 家族の協力体制【あり・困難】
一戸建【平屋・2階以上】
集合住宅: _____ 階居住, エレベーター【有・無】
その他(_____)

社会復帰 無職 家事 休職中 発症後退職 退職予定
転職 転職予定 発症後配置転換 現職復帰
 ・職種/業務内容/通勤方法: (_____)

本人・家族の希望・回復への目標

再発予防・健康維持のための目標
病気への理解 体力向上 食事管理 内服管理
運動習慣の獲得 禁煙 他(_____)

運動負荷試験結果(運動処方)

運動耐容能【良好・低下】(健常人の _____ %): _____ METs)
 運動処方(脈拍・血圧): _____ bpm / _____ mmHg
 自転車 _____ W 分 _____ 回/週
 歩行 _____ km/h 分 _____ 回/週
 その他注意事項(_____)

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』 できる 要指導
 『家庭血圧・体重測定』 実施している 要支援
 『自分に合った運動』 理解している 実践している 要支援
 『適切な食事・摂取量』 理解している 実践している 要支援
 『正しい服薬』 理解している 服薬忘れなし 要支援
 『薬の管理』 自分 家族(_____) 他人(_____)
 『自身の病気』 不安がない 不安がある
 『日常生活活動・復職』 不安がない 不安がある
 『余暇・社会活動』 理解している 実践している 要支援
 『睡眠』 良好 不良【入眠障害・中途覚醒・他(_____)】
 『タバコ』 禁煙 受動喫煙 喫煙(_____ 本) 要支援
 『症状出現時の対処法』 理解している 要指導
 『 _____ 』 _____) _____)
 『 _____ 』 _____) _____)

多職種による再発予防への取り組み

(支援・指導が必要な項目にチェックをつける)
『運動・日常生活動作について』
 担当者/職種: _____
呼吸訓練 ストレッチ 筋力増強 ADL訓練 歩行
自転車 他(_____)
『食事について』
 担当者/職種: _____
 ｺｽﾄ (_____)
『お薬について』
 担当者/職種: _____
 ｺｽﾄ (_____)
『 _____ 』
 担当者/職種: _____
 ｺｽﾄ (_____)
『 _____ 』
 担当者/職種: _____
 ｺｽﾄ (_____)
 今後の運動療法継続について
当院にて 自宅にて 他施設にて(_____)
 今後の検査・期間等について

本人・家族氏名 _____
 医師: _____ 理学療法士: _____
 看護師: _____ 他職種(_____): _____