

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 □運動機能障害: [] □感覚機能障害: [] □高次脳機能障害: [] □拘縮:(部位)) □関節痛:(部位)) □その他()) []
参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入)		認知症に関する評価
退院先 □自宅 □その他: □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。