

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(:)の後に具体的な内容を記入)										
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(□構音障害, □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			

活動	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	全般	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等	独立	監視	一部 介助	全般	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・ベッド間移乗														
椅子座位保持														
ベッド起き上がり														
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: 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"/> ギヤッチャップ)						理由)	

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(:)の後に具体的な内容を記入)								
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"/> 感觉障害: <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 (□構音障害, □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)					
--------------------	--	--	--	--	--	---------------------------------------	--	--	--	--	--

参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的な内容を記入)											
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: _____											

心身機能											
<input type="checkbox"/> 運動機能障害: _____											
<input type="checkbox"/> 感覺機能障害: _____											
<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											

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	行わぬ	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											

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	行わぬ	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											
	起きあがり											
	座位											
	立ち上がり											
	立位											
	摂食・嚥下											

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: ①目標

②実行状況

③能力

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
	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
リハビリテーションプログラム	

ご本人に行ってもらうこと

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。

リハビリテーション 実施計画書

ID:

評価日(開始日): 年 月

患者氏名:	男・女	生年月日	年	月	日
-------	-----	------	---	---	---

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
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"/> 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(実際にしている活動)				
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
ベッドから車椅子(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
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 監視下	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 未実施
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"/> 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
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
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
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"/> 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つ)				
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・ベッド周囲歩行 <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"/> 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 <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

本人・家族氏名

月　　日

　(　　歳)

月　　日(頃)

□喫煙

)

)

)

)

ストレッチャー

)

)

)

✓ □ベッド上

)

✓ □ベッド上

拭

)

- □無 □有

]禁煙

)

ていく予定)

□(　　)m歩行

験

)

(　　)

)

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・ヶ月目)
診断名 :		再発防止に対する理解と支援・指導の必要性				
発症日 : (頃)・手術日 :		『自己検脈』	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 要指導		
治療内容(術式) :		『家庭血圧・体重測定』	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 要支援		
合併症 :		『自分に合った運動』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 実践している	<input type="checkbox"/> 要支援	
冠危険因子(既往) : <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病(CKD) <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 他 ()		『適切な食事・摂取量』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 実践している	<input type="checkbox"/> 要支援	
標準体重 kg : 目標血圧 / mmHg		『正しい服薬』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 服薬忘れなし	<input type="checkbox"/> 要支援	
現在の体重 kg : BMI (18.5~24.9) kg/m ²		『薬の管理』	<input type="checkbox"/> 自分	<input type="checkbox"/> 家族 ()	<input type="checkbox"/> 他人 ()	
現在の血圧(又は家庭血圧) / mmHg		『自身の病気』	<input type="checkbox"/> 不安がない	<input type="checkbox"/> 不安がある		
血液検査結果		『日常生活活動・復職』	<input type="checkbox"/> 不安がない	<input type="checkbox"/> 不安がある		
<input type="checkbox"/> HbA1c (6.5% 未満) %		『余暇・社会活動』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 実践している	<input type="checkbox"/> 要支援	
<input type="checkbox"/> LDLコレステロール (100mg/dl 未満) mg/dl		『睡眠』	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	【入眠障害・中途覚醒・他】	
<input type="checkbox"/> HDLコレステロール (40mg/dl 以上) mg/dl		『タバコ』	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 受動喫煙	<input type="checkbox"/> 喫煙 () <input type="checkbox"/> 本	
<input type="checkbox"/> 中性脂肪 (TG : 150mg/dl 以下) mg/dl		『症状出現時の対処法』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 要指導		
<input type="checkbox"/> BNP pg/ml		『』	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
<input type="checkbox"/> 他 ()		『』	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
心機能 : 左室駆出率 (EF) 【正常・低下】 %		多職種による再発予防への取り組み				
<input type="checkbox"/> 他所見 ()		(支援・指導が必要な項目にチェックをつける)				
ADL <input type="checkbox"/> 車椅子【自立・他人操作】 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 屋内歩行 <input type="checkbox"/> 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/> 『運動・日常生活動作について』				
環境 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 () 家族の協力体制【あり・困難】 <input type="checkbox"/> 一戸建【平屋・2階以上】 <input type="checkbox"/> 集合住宅: 階居住, エレベーター【有・無】 <input type="checkbox"/> その他 ()		担当者/職種: <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"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 他 ()				
社会復帰 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 発症後退職 <input type="checkbox"/> 退職予定 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 転職予定 <input type="checkbox"/> 発症後配置転換 <input type="checkbox"/> 現職復帰 ・職種/業務内容/通勤方法 ()		<input type="checkbox"/> 『食事について』 担当者/職種: コメント ()				
本人・家族の希望・回復への目標		<input type="checkbox"/> 『お薬について』 担当者/職種: コメント ()				
再発予防・健康維持のための目標		<input type="checkbox"/> 『』 担当者/職種: コメント ()				
<input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 運動習慣の獲得 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/> 『』 担当者/職種: コメント ()				
運動負荷試験結果(運動処方)		今後の運動療法継続について <input type="checkbox"/> 当院にて <input type="checkbox"/> 自宅にて <input type="checkbox"/> 他施設にて ()				
運動耐容能【良好・低下】(健常人の % : MET s) 運動処方(脈拍・血圧) : bpm / mmHg		今後の検査・期間等について _____				
自転車 W 分 回/週		本人・家族氏名 _____				
歩行 km/h 分 回/週		医師 : 理学療法士 : _____				
その他注意事項 ()		看護師 : 他職種 () :				