

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・姿勢・実行場所等 杖・装具 介助内容 等	立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具・姿勢・実行場所(訓練室・病棟等) 杖・装具 介助内容 等	
活動	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:) 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"/> キヤッチアップ													
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。)									
栄養	身長 ^{#1} : ()cm, 体重:()kg, BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): <input type="checkbox"/> 経口(<input type="checkbox"/> 食事, <input type="checkbox"/> 補助食品) <input type="checkbox"/> 経管栄養, <input type="checkbox"/> 静脈栄養(<input type="checkbox"/> 末梢, <input type="checkbox"/> 中心)												
	嚥下調整食の必要性: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(学会分類コード:) 栄養状態: <input type="checkbox"/> 問題なし, <input type="checkbox"/> 低栄養, <input type="checkbox"/> 低栄養リスク, <input type="checkbox"/> 過栄養, <input type="checkbox"/> その他() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal, たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可												
※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)													
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							