

別紙様式 21

(別紙様式21)

リハビリテーション実施計画書			
患者氏名	性別（男・女）	年齢（歳）	計画評価実施日（ 年 月 日）
算定病名	治療内容	発症日・手術日（ 年 月 日）	リハ開始日（ 年 月 日）
併存疾患・合併症	理学療法 □ 作業療法 □ 言語療法 □ 安静度・リスク	禁忌・特記事項	

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載	
☐ 意識障害（JCS・GCS） ☐ 呼吸機能障害 ☐ 一〇 酸素療法（ ）L/min □ 気切 □ 人工呼吸器 ☐ 循環障害 ☐ EF（ ）% □ 不整脈（有・無） ☐ 危険因子 ☐ 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 □ 家族歴 □ 狭心症 □ 陳旧性心筋梗塞 □ その他（ ） ☐ 摂食嚥下障害（ ） ☐ 栄養障害（ ） ☐ 排泄機能障害（ ） ☐ 痛痛 □ 疼痛 □ 発痛 □ その他（ ） ☐ その他（ ）	☐ 関節可動域制限（ ） ☐ 拘縮・変形（ ） ☐ 筋力低下（ ） ☐ 運動機能障害 ☐ EF（ ）% □ 不整脈（有・無） ☐ 筋緊張異常（ ） ☐ 感覚機能障害（□ 聴覚 □ 視覚 □ 表在覚 □ 深部覚） ☐ 音声・発話障害（ ） ☐ （□ 構音 □ 失語 □ 吃音 □ その他（ ）） ☐ 高次脳機能障害（□ 記憶 □ 注意 □ 失行 □ 失認 □ 実行） ☐ 精神行動障害（ ） ☐ 見当識障害（ ） ☐ 記憶障害（ ） ☐ 疼痛 □ 疼痛 □ 発痛 □ その他（ ） ☐ その他（ ）

基本動作				
☐ 寝返り（□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施） ☐ 起き上がり（□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施） ☐ 立ち上がり（□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施）	☐ 座位保持（□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施） ☐ 立位保持（□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施） ☐ その他（ ）			
日常生活活動（動作）（実行状況）※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載				
項目	得点	開始時～現在	使用用具及び介助内容等	
	FIM	BI		
運動	セルフケア	食事 → 10・5・0 → 10・5・0 整容 → 5・0 → 5・0 清拭・入浴 → 5・0 → 5・0 更衣（上半身） → 10・5・0 → 10・5・0 更衣（下半身） → 10・5・0 → 10・5・0 トイレ → 10・5・0 → 10・5・0 排泄コントロール → 10・5・0 → 10・5・0 排便コントロール → 10・5・0 → 10・5・0 ベッド、椅子、車椅子 → 15・10 → 15・10 トイレ → 5・0 → 5・0 浴槽・シャワー → 15・10 → 15・10 歩行（杖・装具： ） → 5・0 → 5・0 移動（ ） → 15・10 → 15・10 車椅子 → 5・0 → 5・0 階段 → 10・5・0 → 10・5・0		
	小計（FIM 13-91、BI 0-100）	→	→	
	認知	コミュニケーション理解 → 表現 → 社会的交流 → 問題解決 → 記憶 → 小計（FIM 5-35） →		
	合計（FIM 18-126）	→		

栄養（※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）	
基礎情報 □ 身長（※1）：（ ）cm □ 体重：（ ）kg □ BMI（※1）：（ ）kg/m ² 栄養補給方法（複数選択可） □ 経口：（□ 食事 □ 補助食品） □ 経管栄養 □ 静脈栄養：（□ 末梢 □ 中心） □ 胃ろう 嚥下調整食の必要性：（□ 無 □ 有：（学会分類コード）） 栄養状態の評価： □ 問題なし □ 低栄養 □ 低栄養リスク □ 過栄養 □ その他（ ） 【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】 必要栄養量 熱量：（ ）kcal タンパク質量（ ）g 総摂取栄養量（経口・経腸・経静脈栄養の合計（※2）） 熱量：（ ）kcal タンパク質量（ ）g	※1：身長測定が困難な場合は省略可 ※2：入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

社会保障サービスの申請状況 ※該当するもののみ			
☐ 要介護状態区分等 ☐ 申請中 □ 要支援状態区分（□ 1 □ 2） ☐ 要介護状態区分（□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5）	☐ 身体障害者手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 療育手帳・愛護手帳 □ その他（難病等）	☐ 申請中 □ 要支援状態区分（□ 1 □ 2） ☐ 要介護状態区分（□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5）	☐ 身体障害者手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 療育手帳・愛護手帳 □ その他（難病等）
目標（1ヶ月）	種 級 級	目標（終了時）	種 級 級
治療方針（リハビリテーション実施方針）	治療内容（リハビリテーション実施内容）	☐ 予定入院期間（ ） ☐ 退院先（ ） ☐ 長期的・継続的にケアが必要	
リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____ 説明者署名 _____	説明を受けた人：本人、家族（ ） 説明日： 年 月 日 署名 _____		

別紙様式 23

(別紙様式23)

リハビリテーション実施計画書			
患者氏名	性別（男・女）	年齢（歳）	計画評価実施日（ 年 月 日）
算定病名	治療内容	発症日・手術日（ 年 月 日）	リハ開始日（ 年 月 日）
併存疾患・合併症	理学療法 □ 作業療法 □ 言語療法 □ 安静度・リスク	禁忌・特記事項	

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載	
☐ 意識障害（JCS・GCS） ☐ 呼吸機能障害 ☐ 一〇 酸素療法（ ）L/min □ 気切 □ 人工呼吸器 ☐ 循環障害 ☐ EF（ ）% □ 不整脈（有・無） ☐ 危険因子 ☐ 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 □ 家族歴 □ 狭心症 □ 陳旧性心筋梗塞 □ その他（ ） ☐ 摂食嚥下障害（ ） ☐ 栄養障害（ ） ☐ 排泄機能障害（ ） ☐ 痛痛 □ 疼痛 □ 発痛 □ その他（ ） ☐ その他（ ）	☐ 関節可動域制限（ ） ☐ 拘縮・変形（ ） ☐ 筋力低下（ ） ☐ 運動機能障害 ☐ EF（ ）% □ 不整脈（有・無） ☐ 筋緊張異常（ ） ☐ 感覚機能障害（□ 聴覚 □ 視覚 □ 表在覚 □ 深部覚） ☐ 音声・発話障害（ ） ☐ （□ 構音 □ 失語 □ 吃音 □ その他（ ）） ☐ 高次脳機能障害（□ 記憶 □ 注意 □ 失行 □ 失認 □ 実行） ☐ 精神行動障害（ ） ☐ 見当識障害（ ） ☐ 記憶障害（ ） ☐ 疼痛 □ 疼痛 □ 発痛 □ その他（ ） ☐ その他（ ）

基本動作				
☐ 寝返り（□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施） ☐ 起き上がり（□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施） ☐ 立ち上がり（□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施）	☐ 座位保持（□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施） ☐ 立位保持（□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施） ☐ その他（ ）			
日常生活活動（動作）（実行状況）※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載				
項目	得点	開始時～現在	使用用具及び介助内容等	
	FIM	BI		
運動	セルフケア	食事 → 10・5・0 → 10・5・0 整容 → 5・0 → 5・0 清拭・入浴 → 5・0 → 5・0 更衣（上半身） → 10・5・0 → 10・5・0 更衣（下半身） → 10・5・0 → 10・5・0 トイレ → 10・5・0 → 10・5・0 排泄コントロール → 10・5・0 → 10・5・0 排便コントロール → 10・5・0 → 10・5・0 ベッド、椅子、車椅子 → 15・10 → 15・10 トイレ → 5・0 → 5・0 浴槽・シャワー → 15・10 → 15・10 歩行（杖・装具： ） → 5・0 → 5・0 移動（ ） → 15・10 → 15・10 車椅子 → 5・0 → 5・0 階段 → 10・5・0 → 10・5・0		
	小計（FIM 13-91、BI 0-100）	→	→	
	認知	コミュニケーション理解 → 表現 → 社会的交流 → 問題解決 → 記憶 → 小計（FIM 5-35） →		
	合計（FIM 18-126）	→		

栄養（※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）	
基礎情報 □ 身長（※1）：（ ）cm □ 体重：（ ）kg □ BMI（※1）：（ ）kg/m ² 栄養補給方法（複数選択可） □ 経口：（□ 食事 □ 補助食品） □ 経管栄養 □ 静脈栄養：（□ 末梢 □ 中心） □ 胃ろう 嚥下調整食の必要性：（□ 無 □ 有：（学会分類コード）） 栄養状態の評価： □ 問題なし □ 低栄養 □ 低栄養リスク □ 過栄養 □ その他（ ） 【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】 必要栄養量 熱量：（ ）kcal タンパク質量（ ）g 総摂取栄養量（経口・経腸・経静脈栄養の合計（※2）） 熱量：（ ）kcal タンパク質量（ ）g	※1：身長測定が困難な場合は省略可 ※2：入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

社会保障サービスの申請状況 ※該当するもののみ			
☐ 要介護状態区分等 ☐ 申請中 □ 要支援状態区分（□ 1 □ 2） ☐ 要介護状態区分（□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5）	☐ 身体障害者手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 療育手帳・愛護手帳 □ その他（難病等）	☐ 申請中 □ 要支援状態区分（□ 1 □ 2） ☐ 要介護状態区分（□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5）	☐ 身体障害者手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 療育手帳・愛護手帳 □ その他（難病等）
目標（1ヶ月）	種 級 級	目標（終了時）	種 級 級
治療方針（リハビリテーション実施方針）	治療内容（リハビリテーション実施内容）	☐ 予定入院期間（ ） ☐ 退院先（ ） ☐ 長期的・継続的にケアが必要	
リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____ 説明者署名 _____	説明を受けた人：本人、家族（ ） 説明日： 年 月 日 署名 _____		

栄養（※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）	
基礎情報 □ 身長（※1）：（ ）cm □ 体重：（ ）kg □ BMI（※1）：（ ）kg/m ² 栄養補給方法（複数選択可） □ 経口：（□ 食事 □ 補助食品） □ 経管栄養 □ 静脈栄養：（□ 末梢 □ 中心） □ 胃ろう 嚥下調整食の必要性：（□ 無 □ 有：（学会分類コード）） 栄養状態の評価： □ 問題なし □ 低栄養 □ 低栄養リスク □ 過栄養 □ その他（ ） 【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】 必要栄養量 熱量：（ ）kcal タンパク質量（ ）g 総摂取栄養量（経口・経腸・経静脈栄養の合計（※2）） 熱量：（ ）kcal タンパク質量（ ）g	※1：身長測定が困難な場合は省略可 ※2：入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

目標 ※該当する項目のみ記載する		具体的な対応方針 ※必要な場合記載する
参加	☐ 居住場所 ☐ 自宅 □ 戸建 □ マンション □ 施設 □ その他（ ） ☐ 復職 ☐ 現職復帰 □ 配置転換 □ 転職 □ 不可 □ その他（ ） ☐ 通勤方法の変更 ☐ 就学・進学 ☐ 可能 □ 就学に要配慮 □ 不可 □ その他（ ） ☐ 療育・通学先（ ） □ 通学方法の変更（ ） ☐ 家庭内役割（ ） ☐ 社会活動（ ） ☐ 趣味（ ）	
	☐ 床上移動（寝返り、ずり這い移動、四つ這い移動など） ☐ 自立 □ 介助 □ 非実施 ☐ 装具・杖等 □ 環境設定 ☐ 屋内移動 ☐ 自立 □ 介助 □ 非実施 ☐ 装具・杖・車椅子等（ ） ☐ 屋外移動 ☐ 自立 □ 介助 □ 非実施 ☐ 装具・杖・車椅子等（ ） ☐ 自動車運転 ☐ 自立 □ 介助 □ 非実施 ☐ 改造（ ） ☐ 公共交通機関利用 ☐ 自立 □ 介助 □ 非実施 ☐ 種類（ ） ☐ 排泄（移乗以外） ☐ 自立 □ 介助（□ 下衣操作 □ 拭き動作 □ カテーテル） ☐ 種類（□ 洋式 □ 和式 □ その他（ ）） ☐ 食事 ☐ 自立 □ 介助 □ 非実施 ☐ 箸 □ フォーク等 □ 胃ろうまたは経管 ☐ 食形態（ ） ☐ 整容 □ 自立 □ 介助 ☐ 更衣 □ 自立 □ 介助 ☐ 入浴 □ 自立 □ 介助 ☐ 浴槽 □ シンワ ☐ 洗体介助 □ 移乗介助 ☐ 家事 ☐ 全て実施 □ 非実施 □ 一部実施：（ ） ☐ 書き ☐ 自立 □ 利き手交換後自立 □ その他：（ ） ☐ PC・スマートフォン・ICT ☐ 自立 □ 介助 ☐ コミュニケーション ☐ 自立 □ 介助 ☐ コミュニケーション機器 □ 文字盤 □ 他者からの協力	
活動		

	対応を要する項目	具体的な対応方針
心理	☐ 精神的支援（ ） ☐ 障害の受容（ ） ☐ その他（ ）	
環境	☐ 自宅の改築等（ ） ☐ 福祉機器の導入（ ） ☐ 社会保障サービス ☐ 身体手帳 □ 障害年金 □ 難病・小慢受給者証 □ その他（ ） ☐ 介護保険サービス ☐ 通所リハ □ 訪問リハ □ 通所介護 □ 訪問看護 □ 訪問介護 ☐ 老健 □ 特養 □ 介護医療院 □ その他（ ） ☐ 障害福祉サービス等 ☐ 放課後デイ □ 児童発達支援（医療・福祉） □ 生活介護 □ その他（ ）	
第三者の不利	☐ 退院後の主介護者（ ） ☐ 家族構成の変化（ ） ☐ 家庭内役割の変化（ ） ☐ 家族の社会活動変化（ ）	