

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)	□ 関節可動域制限 ()
□ 呼吸機能障害	□ 拘縮・変形 ()
-□ 酸素療法()L/min	□ 筋力低下 ()
□ 気切	□ 運動機能障害 ()
□ 人工呼吸器	(□ 麻痺 □ 不随意運動 □ 運動失調 □ パーキンソンズム)
□ 循環障害	□ 筋緊張異常 ()
-□ EF()%	□ 感覚機能障害(□ 聴覚 □ 視覚 □ 表在覚 □ 深部覚)
□ 不整脈(有・無)	□ 音声・発話障害 ()
□ 危険因子	(□ 構音 □ 失語 □ 吃音 □ その他())
□ 高血圧症	□ 高次脳機能障害(□ 記憶 □ 注意 □ 行走 □ 失認 □ 遂行)
□ 脂質異常症	□ 精神行動障害 ()
□ 糖尿病	□ 見当識障害 ()
□ 喫煙	□ 記憶障害 ()
□ 肥満	□ 発達障害 ()
□ 高尿酸血症	(□ 自閉スペクトラム症 □ 学習障害 □ 注意欠陥多動性障害)
□ 慢性腎臓病	
□ 家族歴	
□ 狹心症	
□ 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 ()	
□ 褥瘡 ()	
□ 疼痛 ()	
□ その他 ()	

基本動作

□ 寝返り (□ 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)
□ 起き上がり (□ 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)
□ 立ち上がり (□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施)	□ その他 ()

項目	得点		開始時→現在	使用用具及び介助内容等
	FIM	BI		
運動	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	→	10・5・0 → 10・5・0	
	排便コントロール	→	10・5・0 → 10・5・0	
	移乗	→	15・10 ・5・0 → 15・10 ・5・0	
	ヘッド、椅子、車椅子	→		
移動	→	15・10 ・5・0 → 15・10 ・5・0		
歩行 (杖・装具:)	→	15・10 ・5・0 → 15・10 ・5・0		
車椅子	→	10・5・0 → 10・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	→		
	表出	→		
	社会的交流	→		
	社会認識	→		
	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/m²

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 ※該当あるもののみ

□ 要介護状態区分等	□ 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)	□ 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)
□ 要介護状態区分(□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5)	□ 種 級	□ 級	□ 級	□ 障害程度
目標(1ヶ月)	目標(終了時)	予定入院期間()		
		□ 退院先()		
		□ 長期的・継続的にケアが必要		
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)			
リハ担当医	主治医	説明を受けた人:本人、家族() 説明日: 年 月 日		
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				