

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 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
□ 循環障害 □ 危険因子
□ 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 □ 起き上がり □ 立ち上がり
□ 座位保持 □ 立位保持 □ 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
Table with columns: 項目, 得点 (FIM, BI), 開始時→現在, 使用用具及び介助内容等

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(□ 経鼻胃管 □ 胃瘻 □ その他), □ 静脈(□ 末梢 □ 中心)

口腔(※回復期リハビリテーション病棟入院料1・2を算定する場合は必ず記入)
義歯の使用: □ あり □ なし
菌の汚れ(□ あり, □ なし) 左右両方の奥歯でしっかりとみしめられる(□ できない, □ できる) その他 ()

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 □ 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) 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 理学療法士 言語聴覚士 管理栄養士
主治医 作業療法士 看護師 社会福祉士
説明を受けた人: 本人、家族() 説明日: 年 月 日
署名