

※リハビリテーション総合実施計画書として使用する場合はリハビリテーション総合実施計画書の面も記載すること。

患者氏名, 性別, 年齢, 発症日, 手術日及びリハビリテーション開始日, 治療内容, 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（※該当する項目のみ記載すること。客観的評価も記載すること。）

意識障害 (JCS・GCS), 呼吸機能障害, 循環障害, 危険因子, 高血圧症, 肥満, 狭心症, 摂食嚥下障害, 栄養障害, 排泄機能障害, 褥瘡, 疼痛, その他, 関節可動域制限, 拘縮・変形, 筋力低下, 運動機能障害, 筋緊張異常, 感覚機能障害, 音声・発話障害, 高次脳機能障害, 精神行動障害, 見当識障害, 記憶障害, 発達障害, 認知症

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すること。）

使用用具及び介助内容等

Table with columns: 項目, FIM, 開始時→現在, BI. Rows include Self-care (eating, dressing, toileting), Mobility (walking, stairs), and Cognition (communication, social recognition).

栄養（※回復期リハビリテーション病棟入院料1又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する場合は必ず記入すること。）

基礎情報, 栄養補給方法, 嚥下調整食の必要性, 栄養状態の評価, 必要栄養量, 総摂取栄養量, 口腔

義歯の使用, 歯の汚れ, 歯肉の腫れ, 出血, 歯肉の腫れ, 出血, 左右両方の奥歯でしっかりと噛みしめられる

社会保障サービスの申請状況（※該当する場合は記載すること。）

要介護状態区分等, 申請が必要な可能性があり未申請, 申請中, 不明, 要支援状態区分, 要介護状態区分, 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

目標（今後1ヶ月以内）, 目標（当院退院時又は終了時）※左欄と一致する場合は省略可。終了時期の目安が分かれば記載すること。

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）

作成医療機関及び担当者（いずれも記名で差し支えない。医師以外の職種については、リハビリテーション総合計画評価料に係るリハビリテーション総合実施計画書を作成する場合、作成に関わったものについて記名すること。）

医療機関名称（連絡先等）

リハビリテーション科医

主治医

理学療法士

作業療法士

言語聴覚士

看護師

社会福祉士

管理栄養士

リハビリテーション総合実施計画書

※ リハビリテーション総合計画評価料を算定する場合はこの面も作成すること。以下、回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を合わせて「回復期リハビリテーション病棟入院料等」という。

これまでのリハビリテーション実施歴・実施状況、障害の受容及び本人・家族の希望等の状況 (※ リハビリテーション開始時はリハビリテーション実施歴は記載不要。簡潔に記載すること。)

参加(目標) (※ 該当する項目のみ記載すること。)

参加・活動等の目標に向けた具体的なアプローチ

居住場所
 ー 自宅 戸建 マンション 施設 その他 ()

復職
 ー 現職復帰 配置転換 転職 不可 その他 ()

ー 通勤方法の変更

就学・復学・進学
 ー 可能 就学に要配慮 転職 不可 その他 ()

ー 療育・通学先 () 通学方法の変更 ()

家庭内役割 ()

社会活動 ()

趣味 ()

活動(目標) (※ 該当する項目のみ記載すること。)

床上移動(寝返り、ずり這い移動、四つ這い移動など)
 ー 自立 介助 非実施
 ー 装具・杖等 環境設定 ()

屋内移動
 ー 自立 介助 非実施
 ー 装具・杖・車椅子等 ()

屋外移動
 ー 自立 介助 非実施
 ー 装具・杖・車椅子等

自動車運転
 ー 自立 介助 非実施
 ー 改造 ()

公共交通機関利用
 ー 自立 介助 非実施
 ー 種類 ()

排泄(移乗以外)
 ー 自立 介助 (下衣操作 拭き動作 カテテル)
 ー 種類 (洋式 和式 その他 ())

食事
 ー 自立 介助 非実施
 ー 箸 フォーク等 胃ろうまたは経管
 ー 食形態 ()

整容
 ー 自立 介助

更衣
 ー 自立 介助

入浴 自立 介助
 ー 浴槽 シャワー
 ー 洗体介助 移乗介助

家事
 ー 全て実施 非実施 一部実施 ()

書字
 ー 自立 利き手交換後自立 その他 ()

PC・スマートフォン・ICT
 ー 自立 介助

コミュニケーション
 ー 自立 介助
 ー コミュニケーション機器 文字盤 他者からの協力

同居家族・介助者等の情報(※ 必要な場合は記載すること。)

住環境(※ 福祉用具の導入や住宅改修等のために必要な場合は記載すること。)

以下は回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している場合に必要に応じて記載すること。
 ・退院前訪問指導の必要性 ()
 ・外出・外泊等の計画 ()

運動量増加機器加算を算定する(※ 加算の算定を行う場合はチェックを入れ、以下を必ず記載すること。)

適応疾患 ()
 適応箇所 上肢 下肢
 発症年月日 (年 月 日)
 運動障害に関する所見

使用する運動量増加機器の名称及び実施期間の予定

嚥下状態等(※ 摂食嚥下機能回復体制加算を算定する場合は必ず記載すること。その他嚥下状態に問題がある場合も記載することが望ましい。)

経口摂取状態 Functional Oral Intake Scale (FOIS)

1 2 3 4 5 6 7

自宅等での食事の留意点

評価内容、指導内容及び摂食嚥下支援計画等

本人・家族への指導内容(自主トレ含む)、病棟生活における訓練のポイント等

介護保険サービス又は障害福祉サービスとの連携(※ 介護保険のリハビリテーション又は障害福祉サービスの生活介護等の利用が予定されている場合は記載すること。)

介護保険のリハビリテーションサービスの紹介の必要性 障害福祉サービスの自立訓練(機能訓練)等の紹介の必要性
 (利用予定又は情報提供を行った事業所名、引継内容として特記すべきこと等)

退院後の生活の留意点、退院後のリハビリテーションの必要性(※回復期リハビリテーション病棟入院料等及びリハビリテーション総合計画評価料を算定する場合は可能な限り記載すること。)

その他、リハビリテーションの計画に関連する事項(自由記載欄)(※ 必要に応じてリハビリテーションを実施する上で必要な項目を記載すること。)

(必要に応じて、本欄に、排尿自立支援加算における包括的排尿ケア計画や摂食嚥下機能回復体制加算における摂食嚥下支援計画を記載して差し支えない。)