

リハビリテーション実施計画書

患者氏名:		男・女	生年月日(西暦)		年 月 日		計画評価実施日	年 月 日
主治医		リハ担当医		PT	OT	ST		
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):			合併症(コントロール状態):				発症前の活動、社会参加:	
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2			認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M					

評価項目・内容 (コロン(:)の後に具体的な内容を記入)								
心 身 機 能 ・ 構 造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感觉障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害:				<input type="checkbox"/> 音声・発話障害 (□構音障害, □失語症:種類) <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> その他:			
	基 本 動 作	寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助):						
活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)							
	ADL (B. I.)	自立	一部 介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	使用用具(杖、装具)	介助内容	
	食事	10	5	0				
	移乗	15	10 ←監視下					
	座れるが移れない→	5	0					
	整容	5	0	0				
	トイレ動作	10	5	0				
	入浴	5	0	0				
	平地歩行	15	10←歩行器等	歩行:				
	車椅子操作が可能	→ 5	0	車椅子:				
	階段	10	5	0				
	更衣	10	5	0				
	排便管理	10	5	0				
	排尿管理	10	5	0				
合計(0~100点)	点							
コミュニケーション								
目標 (1ヶ月後、退院時):				本人・家族の希望:				
リハビリテーションの治療方針:								
目標到達予想時期:							説明者署名:	
本人・家族への説明: 年 月 日				説明を受けた人:本人、家族() 署名:				