

(別紙様式21の4)

リハビリテーション 実施計画書

ID:

評価日(開始日):

年

月

日

患者氏名:

男・女

生年月日

年

月

日 (歳)

主治医・説明医師:		リハ担当医:		看護師:	
理学療法士:		他職種()			

診 断 名			合 併 症		
入 院 日	年 月 日		発 症 日	年 月 日 (頃)	
手 術 日	年 月 日		治療法 (術式)		
冠危険因子 (既往歴)	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病(CKD) <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> その他()				

活動時のリスク	心機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低下 (EF %)	関節可動域制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	不整脈	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	虚血(残存狭窄)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	その他				

日 常 生 活 (病 棟) の 自 立 度 (実 際 に 行 っ て い る 活 動)					
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 室内歩行 <input type="checkbox"/> 病棟内歩行 <input type="checkbox"/> 院内歩行 <input type="checkbox"/> 屋外歩行				
起 居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助	※備考: ()			
歩行(移 動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施	※備考: <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
ベットから車椅子(ストレッチャー)への移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施	※備考: ()			
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施	※備考: ()			
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助	※備考: <input type="checkbox"/> 点滴有 <input type="checkbox"/> 点滴無 <input type="checkbox"/> その他 ()			
排 泄(排尿)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助	※備考: <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 尿バルーン留置 <input type="checkbox"/> その他 ()			
排 泄(排便)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助	※備考: <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上			
清 潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助	※備考: <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 洗髪 <input type="checkbox"/> 清拭			
コミュニケーション (意思伝達)	<input type="checkbox"/> 成立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難	※備考: ()			

環 境	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居() <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅	居住階()階:エレベーター	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
職 業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 事務仕事 <input type="checkbox"/> 肉体仕事	職腫・通勤方法等	

再発予防・健康維持のための目標	<input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 運動習慣の獲得 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他 ()				
本人・家族の希望・目標					

運 動 目 標・方 針(負 荷 試 験) と 運 動 内 容 (以下、チェックした項目を順に行っていく予定)			
開始日(起算日)	年 月 日	予 定 期 間	
運動目標・方針 (負荷試験)	<input type="checkbox"/> 立位・ベット周囲歩行 <input type="checkbox"/> 50m歩行 <input type="checkbox"/> 100m歩行 <input type="checkbox"/> 200m歩行 <input type="checkbox"/> 500m歩行 <input type="checkbox"/> ()m歩行 <input type="checkbox"/> トレッドミル運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 自転車エルゴメータ運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> その他() ※備考: ()		
運動内容・処方	<input type="checkbox"/> 呼吸訓練 <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 筋力増強 <input type="checkbox"/> 日常生活動作 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他() ※運動処方: ()		

上記について説明を受けました.

年 月 日

本人・家族氏名