

(別紙様式21の5)

リハビリテーション実施計画書

ID	患者氏名	男・女	生年月日（明・大・昭・平・西暦）	年	月	日
平成・西暦 年 月 日（ 回目・ ヶ月目）						
診断名：						
発症日： (頃)・手術日：						
治療内容(術式)：						
合併症：						
冠危険因子(既往)： ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 糖尿病 ☐ 喫煙 ☐ 肥満 ☐ 高尿酸血症 ☐ 慢性腎臓病（CKD） ☐ 家族歴 ☐ 狭心症 ☐ 陳旧性心筋梗塞 ☐ 他（ ）						
標準体重	kg：	目標血圧	/	mmHg		
現在の体重	kg：	BMI（18.5～24.9）		kg/m ²		
現在の血圧(又は家庭血圧)		/	mmHg			
血液検査結果						
☐ HbA1c（6.5% 未満） %						
☐ LDLコレステロール（100mg/dl 未満） mg/dl						
☐ HDLコレステロール（40mg/dl 以上） mg/dl						
☐ 中性脂肪（TG：150mg/dl 以下） mg/dl						
☐ BNP pg/ml						
☐ 他（ ）						
心機能： 左室駆出率（EF）【正常・低下】 %						
他所見（ ）						
ADL ☐ 車椅子【自立・他人操作】 ☐ 介助歩行 ☐ 杖歩行 ☐ 屋内歩行 ☐ 屋外歩行 ☐ 他（ ）						
環境 ☐ 独居 ☐ 同居（ ） 家族の協力体制【あり・困難】 ☐ 一戸建【平屋・2階以上】 ☐ 集合住宅： 階居住, エレベーター【有・無】 ☐ その他（ ）						
社会復帰 ☐ 無職 ☐ 家事 ☐ 休職中 ☐ 発症後退職 ☐ 退職予定 ☐ 転職 ☐ 転職予定 ☐ 発症後配置転換 ☐ 現職復帰 ・職腫/業務内容/通勤方法：（ ）						
本人・家族の希望・回復への目標						
再発予防・健康維持のための目標						
☐ 病気への理解 ☐ 体力向上 ☐ 食事管理 ☐ 内服管理 ☐ 運動習慣の獲得 ☐ 禁煙 ☐ 他（ ）						
運動負荷試験結果（運動処方）						
運動耐容能【良好・低下】（健常人の %： MET s）						
運動処方（脈拍・血圧）： bpm / mmHg						
自転車 W 分 回/週						
歩行 km/h 分 回/週						
その他注意事項（ ）						
再発防止に対する理解と支援・指導の必要性						
『自己検脈』 ☐ できる ☐ 要指導						
『家庭血圧・体重測定』 ☐ 実施している ☐ 要支援						
『自分に合った運動』 ☐ 理解している ☐ 実践している ☐ 要支援						
『適切な食事・摂取量』 ☐ 理解している ☐ 実践している ☐ 要支援						
『正しい服薬』 ☐ 理解している ☐ 服薬忘れなし ☐ 要支援						
『薬の管理』 ☐ 自分 ☐ 家族（ ） ☐ 他人（ ）						
『自身の病気』 ☐ 不安がない ☐ 不安がある						
『日常生活活動・復職』 ☐ 不安がない ☐ 不安がある						
『余暇・社会活動』 ☐ 理解している ☐ 実践している ☐ 要支援						
『睡眠』 ☐ 良好 ☐ 不良【入眠障害・中途覚醒・他（ ）】						
『タバコ』 ☐ 禁煙 ☐ 受動喫煙 ☐ 喫煙（ 本） ☐ 要支援						
『症状出現時の対処法』 ☐ 理解している ☐ 要指導						
『 』 ☐ （ ） ☐ （ ）						
『 』 ☐ （ ） ☐ （ ）						
多職種による再発予防への取り組み						
（支援・指導が必要な項目にチェックをつける）						
☐ 『運動・日常生活動作について』						
担当者/職腫:						
☐ 呼吸訓練 ☐ ストレッチ ☐ 筋力増強 ☐ ADL訓練 ☐ 歩行 ☐ 自転車 ☐ 他（ ）						
☐ 『食事について』						
担当者/職腫:						
ｺﾏﾄ（ ）						
☐ 『お薬について』						
担当者/職腫:						
ｺﾏﾄ（ ）						
☐ 『 』						
担当者/職腫:						
ｺﾏﾄ（ ）						
☐ 『 』						
担当者/職腫:						
ｺﾏﾄ（ ）						
今後の運動療法継続について						
☐ 当院にて ☐ 自宅にて ☐ 他施設にて（ ）						
今後の検査・期間等について						
本人・家族氏名						
医師： 理学療法士：						
看護師： 他職腫（ ）：						