

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女			年生 (歳)	計画評価実施日 年 月 日		
リハ担当医	PT	OT		ST			
原因疾患(発症・受傷日)				合併疾患・コントロール状態(高血圧, 心疾患, 糖尿病等)			

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:(3-3-9: <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:)				<input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(□構音障害, □失語症:種類) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:			
	基本動作	立位保持(装具:)	<input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可	平行棒内歩行(装具:)	<input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施	訓練室内歩行(装具:)	<input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施	

活動	自立度 ADL・ASL等	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」						訓練時能力:「できる“活動”」							
		自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等	独立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・ 場所(訓練室・病棟等) 介助内容等
屋外歩行															
病棟トイレへの歩行															
病棟トイレへの車椅子駆動 車椅子・ベッド間移乗															
椅子座位保持 ベッド起き上がり															
排尿(昼)															
排尿(夜)															
食事															
整容															
更衣															
装具・靴の着脱															
入浴															
コミュニケーション															
活動度	日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯: 日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子, <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> ギヤッチャップ)	理由)													

参加	職業 (含:主婦・学生) (職種・業種・仕事内容:)	社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。)	
----	-----------------------------	-------------------------	--

目標	本人の希望
	家族の希望
方針	リハビリテーション終了の目安・時期

本人・家族への説明	年 月 日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン	
-----------	-------	-------	--	-------	--	--------	--