

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:) □手放し, □つかまり, □不可 平行棒内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □非実施 訓練室内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □非実施															
活 動	自立度		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”」									
	ADL・ASL等		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: □無, □有(時間帯: 理由)																
日中座位: □椅子, □車椅子, □ベッド上, □ギャッチアップ																
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									