

リハビリテーション総合実施計画書

評価実施日: 年 月 日

氏名:		男・女	生年月日	年	月	日	(歳)	利き手	右・右(矯正)・左
主治医		リハ担当医				看護		緩和ケア	
PT		OT				ST		SW等	
原発巣(発症・診断確定日):			病期分類(ステージ):			併存疾患:			
廃用症候群:			リハビリテーション歴:			PS又はKPS:			
入院の目的と治療内容	入院の目的:			治療内容:			予定入院期間:		
	治療後に生じる可能性のある副作用・合併症:			治療後に生じる可能性のある身体障害:			退院後の治療予定:		
身体症状ととられている対策		<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 不安・抑鬱 <input type="checkbox"/> その他 (とられている対策:)							
骨転移	骨転移検索の有無		<input type="checkbox"/> 半年以内の骨シンチ <input type="checkbox"/> 単純レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI (直近の検索日時: 年 月 日)						
	骨転移の診断		<input type="checkbox"/> 骨転移なし <input type="checkbox"/> 骨転移あり(部位)						
	病的骨折のリスク		<input type="checkbox"/> 単純レントゲンで溶骨性変化 <input type="checkbox"/> 骨シンチで異常集積 <input type="checkbox"/> 局所の疼痛						
評価項目・内容(具体的内容を記載)									
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害(JCS、GCS)・せん妄: <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害: <input type="checkbox"/> 音声、発話障害: <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> その他: 動基座位(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 立上がり(<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)								
	安静度の制限とその理由、活動時のリスク(手術後の合併症、放射線・化学療法中・後の副作用、がんの進行にともなう影響を考慮)								
活動	ADL(B. IIに準じる)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)・介助内容				
	食事	10	5	0					
	移乗	15	10	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	5	0				
	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						

評価項目・内容(具体的内容を記載)		具体的アプローチ
参加	職業 <input type="checkbox"/> あり(仕事内容:) <input type="checkbox"/> なし 家庭内役割: 余暇(趣味など): その他:	
心理	<input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> 興味・喜びの著しい減退 <input type="checkbox"/> 食欲の障害 <input type="checkbox"/> 睡眠の障害 <input type="checkbox"/> 焦燥又は抑止 <input type="checkbox"/> 易疲労感又は気力の減退 <input type="checkbox"/> 無価値感又は自責感 <input type="checkbox"/> 集中力低下又は決断困難 <input type="checkbox"/> 希死念慮 その他:	
環境	同居家族: 家屋: その他:	自宅改造:福祉機器 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 その他:
2週間後の目標:		本人の希望: 家族の希望:
リハビリテーションの治療方針:		
退院時の目標と見込み時期:		
退院後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間):		
退院後の社会参加の見込み:		

本人・家族への説明 年 月 日
 説明を受けた人: 本人・家族()

署名 _____

説明者: 署名 _____