

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の障害：		退院後の治療予定：
身体症状とされている対策	<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(具体的な内容を記載)				具体的アプローチ	
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) 作本 立ち上がり(<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(具体的な内容を記載)		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:	
	<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:	
心 理	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 _____