

## リハビリテーション総合実施計画書

ID

患者氏名

男・女

生年月日(明・大・昭・平・西暦)

年月日歳

評価日: 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 肥満 高尿酸血症 家族歴 喫煙  
慢性腎臓病(CKD) 狭心症 陳旧性心筋梗塞 他( )標準体重 kg: 現在の体重 kg: BMI(18.5~25.9) kg/m<sup>2</sup>  
目標血圧 / mmHg 現在の血圧(又は家庭血圧) / mmHg

血液検査結果

HbA1c % LDL-C mg/dl  
HDL-C mg/dl 中性脂肪 mg/dl  
□他( )心機能 左室駆出率(EF)【正常・低下】 %  
□他( )

身体機能:

関節可動域制限(部位: ) 疼痛(部位: )  
筋力低下(部位: ) バランス障害( )  
□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  
他注意事項:

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

説明日: 平成・西暦 年月日 本人・家族氏名

医師: 理学療法士:

看護師: 他職種( ):

参加 無職 家事 休職中 発症後退職 退職予定  
転職 転職予定 配置転換 現職復帰  
・職種/業務内容/通勤方法等（  
・余暇・社会活動等（

## 具体的目標とそのアプローチ：

活動  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  
 階段昇降  他( )  
 入浴  入浴  半身浴  シャワー浴  他( )  
 コミュニケ  問題なし  問題あり( )  
 他( )

## 具体的目標とそのアプローチ：

具体的目標とそのアプローチ：自宅改造/福祉機器【要・不要】 介護保険サービス【要・不要】

心理

- 自身の病気に対する不安 なし あり (具体的に: )
- 日常社会活動に対する不安 なし あり (具体的に: )
- 睡眠 良好 不良【入眠障害・中途覚醒・他 ( )】
- 食欲 良好 減退

## 具体的目標とそのアプローチ：

### 第三者の不利（発病による家族の社会生活変化や健康/心理問題の発生）

なし あり（具体的に：）

### 具体的目標とそのアプローチ：家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

#### 再発予防・健康維持・回復のための目標

口病気の理解 口体力向上 口食事管理 口内服管理 口運動習慣の獲得 口禁煙 口他( )

## 再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 要指導	
『家庭血圧・体重測定』	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 要支援	
『自分に合った運動』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 実践している	<input type="checkbox"/> 要支援
『適切な食事・摂取量』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 実践している	<input type="checkbox"/> 要支援
『正しい服薬』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 服薬忘れなし	<input type="checkbox"/> 要支援
『薬の管理』	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 ( )	<input type="checkbox"/> 他人 ( )	
『タバコ』	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 受動喫煙 <input type="checkbox"/> 喫煙 ( )	<input type="checkbox"/> 本 ( )	<input type="checkbox"/> 要支援
『症状出現時の対処法』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 要指導	
他『 ( ) 』	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	

## 本人・家族の希望