

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 ²
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： 他職腫（）：					

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（)
☐コミュニケーション ☐問題なし ☐問題あり（)
☐他（)

具体的目標とそのアプローチ:

環境 ☐独居 ☐同居（)、家族の協力体制【あり・困難】
☐一戸建【平屋・2階以上】 ☐集合住宅: 階居住、エレベーター【あり・なし】
☐その他（)

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/心理问题の発生）

☐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

☐病気の理解 ☐体力向上 ☐食事管理 ☐内服管理 ☐運動習慣の獲得 ☐禁煙 ☐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（)	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"/> （) <input type="checkbox"/> （)	

本人・家族の希望