

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	性別 (男・女)	年齢 (歳)	計画評価実施日 (年 月 日)
算定病名	治療内容		発症日・手術日 (年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法		リハ開始日 (年 月 日)
併存疾患・合併症	安静度・リスク	禁忌・特記事項	

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載

<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS・GCS)	<input type="checkbox"/> 関節可動域制限 ()
<input type="checkbox"/> 呼吸機能障害	<input type="checkbox"/> 拘縮・変形 ()
- <input type="checkbox"/> 酸素療法 () L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 筋力低下 ()
<input type="checkbox"/> 循環障害	<input type="checkbox"/> 運動機能障害
- <input type="checkbox"/> EF () % <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無)	(<input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パーキンソニズム)
<input type="checkbox"/> 危険因子	<input type="checkbox"/> 筋緊張異常 ()
<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 表在覚 <input type="checkbox"/> 深部覚)
<input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 家族歴	<input type="checkbox"/> 音声・発話障害
<input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他	(<input type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 ())
<input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 ()	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (<input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 遂行)
<input type="checkbox"/> 栄養障害 ()	<input type="checkbox"/> 精神行動障害 ()
<input type="checkbox"/> 排泄機能障害 ()	<input type="checkbox"/> 見当識障害 ()
<input type="checkbox"/> 褥瘡 ()	<input type="checkbox"/> 記憶障害 ()
<input type="checkbox"/> 疼痛 ()	<input type="checkbox"/> 発達障害 ()
<input type="checkbox"/> その他 ()	(<input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害)

基本動作

<input type="checkbox"/> 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 座位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)
<input type="checkbox"/> 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 立位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)
<input type="checkbox"/> 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> その他 ()

日常生活活動(動作)(実行状況) ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載

項目	得点		開始時→現在	使用用具及び 介助内容等	
	FIM	BI			
運動	セルフケア	食事	→	10・5・0 → 10・5・0	
		整容	→	5・0 → 5・0	
		清拭・入浴	→	5・0 → 5・0	
		更衣(上半身)	→	10・5・0 → 10・5・0	
		更衣(下半身)	→		
	排泄	トイレ	→	10・5・0 → 10・5・0	
		排尿コントロール	→	10・5・0 → 10・5・0	
	移乗	排便コントロール	→	10・5・0 → 10・5・0	
		ベッド、椅子、車椅子	→	15・10 → 15・10	
		トイレ	→		
移動	浴槽・シャワー	→	5・0 → 5・0		
	歩行 (杖・装具:)	→	15・10 → 15・10		
	車椅子	→	5・0 → 5・0		
階段		→	10・5・0 → 10・5・0		
小計 (FIM 13-91、BI 0-100)		→	→		
認知	コミュニケーション	理解	→	/	
		表出	→		
	社会認識	社会的交流	→		
		問題解決	→		
		記憶	→		
小計 (FIM 5-35)		→			
合計 (FIM 18-126)		→			

社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ

<input type="checkbox"/> 要介護状態区分等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手帳	<input type="checkbox"/> その他(難病等)
<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)	種	級	障害程度	
<input type="checkbox"/> 要介護状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)				
目標(1ヶ月)	目標(終了時)		<input type="checkbox"/> 予定入院期間() <input type="checkbox"/> 退院先() <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要	
治療方針(リハビリテーション実施方針)	治療内容(リハビリテーション実施内容)			
リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____	説明を受けた人: 本人、家族() 説明日: 年 月 日			
説明者署名	署名			

■本人の希望(したい又はできるようにしたい生活の希望等)	■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等)

■健康状態、経過

原因疾病: _____ 発症日・受傷日: _____年 _____月 _____日 直近の入院日: _____年 _____月 _____日 直近の退院日: _____年 _____月 _____日

治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): _____

合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等): _____

これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等): _____

目標設定等支援・管理シート: あり なし 日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	将来の見込み(※)
筋力低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
感覚機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
関節可動域制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
失語症・構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
その他の高次脳機能障害()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
精神行動障害(BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■活動(基本動作、移動能力、認知機能等)

	現在の状況	将来の見込み(※)
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
立ち上がり	いすから	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	床から	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> Timed Up & Go Test		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
コミュニケーションの状況		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

■環境因子(※課題ありの場合 現状と将来の見込みについて記載する)

課題	状況
家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居()
福祉用具等	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ 調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未調整
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅: 居住階(階) <input type="checkbox"/> 階段、 <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所:) 食卓(<input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす) トイレ(<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ) 調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整
自宅周辺	
社会参加	
交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
サービスの利用	
その他	

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

項目	自立	一部介助	全介助	将来の見込み(※)
食事	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
イスとベッド間の移乗	15	10 ← 監視下 座れるが移れない→5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
整容	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
トイレ動作	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
入浴	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
平地歩行	15	10 ← 歩行器等 車椅子操作が可能→5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
階段昇降	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
更衣	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
排便コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
排尿コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
合計点				

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)

家庭内の役割の内容	
余暇活動(内容および頻度)	
社会地域活動(内容および頻度)	
リハビリテーション終了後に 行いたい社会参加等の取組	

■リハビリテーションの目標

(長期)

(短期(今後3ヶ月間))

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)

■リハビリテーション実施上の留意点

(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■リハビリテーション終了の目安・時期

利用者・ご家族への説明: _____年 _____月 _____日

本人のサイン: _____ 家族サイン: _____ 説明者サイン: _____

特記事項: _____

(別紙様式22)

廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院	・	外来
生年月日	年 月 日(歳)	入院日		年 月 日
主傷病		廃用症候群の診断日		年 月 日
要介護度	要介護・要支援	リハビリテーション起算日		年 月 日

算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)		廃用症候群リハビリテーション料 I ・ II ・ III				
1	廃用を生じる契機となった疾患等					
2	廃用に至った経緯等					
3	手術の有無	有 ・ 無				
	手術名					
	手術年月日	年 月 日				
4	治療開始時のADL	BI	点	FIM	点	
	月毎の評価点数 (BI又はFIM どちらかを記入)	月	BI	点	FIM	点
		月	BI	点	FIM	点
		月	BI	点	FIM	点
		月	BI	点	FIM	点
		月	BI	点	FIM	点
5	一月当たりの リハビリテーション	実施 日数	日			
		提供 単位数	単位			
6	リハビリテーションの内容	具体的に記載すること				
7	改善に要する見込み期間	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上		<input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月		
8	前回の評価からの 改善や変化	<p style="text-align: center;">BI・FIMで()点程度の改善</p>				

[記載上の注意]

- 「1」の要因については、別紙疾病分類表より疾病コードを記載するとともに、発症時期や治療の有無、治療内容等について記載すること。
- 「2」の廃用に至った経緯等については、「1」の疾患によって安静を余儀なくされた理由、安静の程度、安静期間の長さ等を含めて記載すること。
- 「4」の月毎の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。
- 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。

疾病コードと疾病分類の対応表

感染症及び寄生虫症	041 屈折及び調節の障害 042 その他の眼及び付属器の疾患	084 その他の消化器系の疾患
001 腸管感染症 002 結核 003 主として性的伝播様式をとる感染症 004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患 005 ウイルス肝炎 006 その他のウイルス疾患 007 真菌症 008 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症 009 その他の感染症及び寄生虫症	耳及び乳様突起の疾患 043 外耳炎 044 その他の外耳疾患 045 中耳炎 046 その他の中耳及び乳様突起の疾患 047 メニエール病 048 その他の内耳疾患 049 その他の耳疾患	皮膚及び皮下組織の疾患 085 皮膚及び皮下組織の感染症 086 皮膚炎及び湿疹 087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患
新生物	循環器系の疾患 050 高血圧性疾患 051 虚血性心疾患 052 その他の心疾患 053 くも膜下出血 054 脳内出血 055 脳梗塞 056 脳動脈硬化(症) 057 その他の脳血管疾患 058 動脈硬化(症) 059 痔核 060 低血圧(症) 061 その他の循環器系の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾患 088 炎症性多発性関節障害 089 関節症 090 脊椎障害(脊椎症を含む) 091 椎間板障害 092 頸腕症候群 093 腰痛症及び坐骨神経痛 094 その他の脊柱障害 095 肩の傷害<損傷> 096 骨の密度及び構造の障害 097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
010 胃の悪性新生物 011 結腸の悪性新生物 012 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 013 肝及び肝内胆管の悪性新生物 014 気管、気管支及び肺の悪性新生物 015 乳房の悪性新生物 016 子宮の悪性新生物 017 悪性リンパ腫 018 白血病 019 その他の悪性新生物 020 良性新生物及びその他の新生物	呼吸器系の疾患 062 急性鼻咽頭炎[かぜ]<感冒> 063 急性咽頭炎及び急性扁桃炎 064 その他の急性上気道感染症 065 肺炎 066 急性気管支炎及び急性細気管支炎 067 アレルギー性鼻炎 068 慢性副鼻腔炎 069 急性又は慢性と明示されない気管支炎 070 慢性閉塞性肺疾患 071 喘息 072 その他の呼吸器系の疾患	腎尿路生殖器系の疾患 098 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患 099 腎不全 100 尿路結石症 101 その他の腎尿路系の疾患 102 前立腺肥大(症) 103 その他の男性生殖器の疾患 104 月経障害及び閉経周辺期障害 105 乳房及びその他の女性生殖器の疾患
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害		妊娠、分娩及び産じょく 106 流産 107 妊娠高血圧症候群 108 単胎自然分娩 109 その他の妊娠、分娩及び産じょく
021 貧血 022 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害		周産期に発生した病態 110 妊娠及び胎児発育に関連する障害 111 その他の周産期に発生した病態
内分泌、栄養及び代謝疾患		先天奇形、変形及び染色体異常 112 心臓の先天奇形 113 その他の先天奇形、変形及び染色体異常
023 甲状腺障害 024 糖尿病 025 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患		症状、徴候及び異常所見等で他に分類されないもの 114 症状、徴候及び異常所見等で他に分類されないもの
精神及び行動の障害		損傷、中毒及びその他の外因の影響 115 骨折 116 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 117 熱傷及び腐食 118 中毒 119 その他の損傷及びその他の外因の影響
026 血管性及び詳細不明の認知症 027 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 028 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 029 気分[感情]障害(躁うつ病を含む) 030 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 031 知的障害<精神遅滞> 032 その他の精神及び行動の障害	消化器系の疾患 073 う蝕 074 歯肉炎及び歯周疾患 075 その他の歯及び歯の支持組織の障害 076 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 077 胃炎及び十二指腸炎 078 アルコール性肝疾患 079 慢性肝炎(アルコール性のものを除く) 080 肝硬変(アルコール性のものを除く) 081 その他の肝疾患 082 胆石症及び胆のう炎 083 膵疾患	
神経系の疾患		
033 パーキンソン病 034 アルツハイマー病 035 てんかん 036 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 037 自律神経系の障害 038 その他の神経系の疾患		
眼及び付属器の疾患		
039 結膜炎 040 白内障		

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	性別 (男・女)	年齢 (歳)	計画評価実施日 (年 月 日)
算定病名	治療内容 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法		発症日・手術日 (年 月 日) リハ開始日 (年 月 日)
併存疾患・合併症	安静度・リスク	禁忌・特記事項	

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載

<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS・GCS)	<input type="checkbox"/> 関節可動域制限 ()
<input type="checkbox"/> 呼吸機能障害	<input type="checkbox"/> 拘縮・変形 ()
<input type="checkbox"/> 酸素療法 () L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 筋力低下 ()
<input type="checkbox"/> 循環障害	<input type="checkbox"/> 運動機能障害
<input type="checkbox"/> EF () % <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無)	(<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パーキンソン)
<input type="checkbox"/> 危険因子	<input type="checkbox"/> 筋緊張異常 ()
<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 表在覚 <input type="checkbox"/> 深部覚)
<input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 家族歴	<input type="checkbox"/> 音声・発話障害
<input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他	(<input type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 ())
<input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 ()	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (<input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 遂行)
<input type="checkbox"/> 栄養障害 ()	<input type="checkbox"/> 精神行動障害 ()
<input type="checkbox"/> 排泄機能障害 ()	<input type="checkbox"/> 見当識障害 ()
<input type="checkbox"/> 褥瘡 ()	<input type="checkbox"/> 記憶障害 ()
<input type="checkbox"/> 疼痛 ()	<input type="checkbox"/> 発達障害
<input type="checkbox"/> その他 ()	(<input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害)

基本動作

<input type="checkbox"/> 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 座位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)
<input type="checkbox"/> 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 立位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)
<input type="checkbox"/> 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> その他 ()

日常生活活動(動作) (実行状況) ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載

項目	得点		開始時→現在	使用用具及び 介助内容等	
	FIM	BI			
運動	セルフ ケア	食事	→	10・5・0 → 10・5・0	
		整容	→	5・0 → 5・0	
		清拭・入浴	→	5・0 → 5・0	
		更衣(上半身)	→	10・5・0 → 10・5・0	
		更衣(下半身)	→		
	排泄	トイレ	→	10・5・0 → 10・5・0	
		排尿コントロール 排便コントロール	→	10・5・0 → 10・5・0	
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	→	15・10 → 15・10 → 5・0	
		トイレ	→		
		浴槽・シャワー	→		
移動	歩行 (杖・装具:)	→	15・10 → 15・10 → 5・0		
	車椅子 階段	→	10・5・0 → 10・5・0		
小計 (FIM 13-91、BI 0-100)		→	→		
認知	コミュニケーション	理解	→	/	
		表出	→		
	社会認識	社会的交流	→		
		問題解決	→		
		記憶	→		
小計 (FIM 5-35)		→			
合計 (FIM 18-126)		→			

社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ

<input type="checkbox"/> 要介護状態区分等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手帳	<input type="checkbox"/> その他(難病等)
<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)	種	級	障害程度	
<input type="checkbox"/> 要介護状態区分 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)				

目標(1ヶ月)	目標(終了時)	<input type="checkbox"/> 予定入院期間 () <input type="checkbox"/> 退院先 () <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要
---------	---------	---

治療方針(リハビリテーション実施方針)	治療内容(リハビリテーション実施内容)
---------------------	---------------------

リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____	説明を受けた人: 本人、家族 () 説明日: 年 月 日 署名
説明者署名	

栄養(※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)

基礎情報 □身長(*1): ()cm □体重: ()kg □BMI(*1): ()kg/m²
 栄養補給方法(複数選択可) □経口:(□食事 □補助食品) □経管栄養 □静脈栄養:(□末梢 □中心) □胃ろう
 嚥下調整食の必要性:(□無 □有:(学会分類コード))
 栄養状態の評価: □問題なし □低栄養 □低栄養リスク □過栄養 □その他 ()
 【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】
 必要栄養量 熱量: ()kcal タンパク質量 ()g
 総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2)) 熱量: ()kcal タンパク質量 ()g

*1:身長測定が困難な場合は省略可 *2:入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

目標 ※該当する項目のみ記載する		具体的な対応方針 ※必要な場合記載する
参加	<input type="checkbox"/> 居住場所 - <input type="checkbox"/> 自宅(□戸建 □マンション) □施設 □その他() <input type="checkbox"/> 復職 - <input type="checkbox"/> 現職復帰 □配置転換 □転職 □不可 □その他() <input type="checkbox"/> 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 就学・復学・進学 - <input type="checkbox"/> 可能 □就学に要配慮 □不可 □その他() - <input type="checkbox"/> 療育・通学先 () □通学方法の変更 () <input type="checkbox"/> 家庭内役割 () <input type="checkbox"/> 社会活動 () <input type="checkbox"/> 趣味 ()	
活動	<input type="checkbox"/> 床上移動(寝返り、ずり這い移動、四つ這い移動など) - <input type="checkbox"/> 自立 □介助 □非実施 - <input type="checkbox"/> 装具・杖等 □環境設定 <input type="checkbox"/> 屋内移動 - <input type="checkbox"/> 自立 □介助 □非実施 - <input type="checkbox"/> 装具・杖・車椅子等() <input type="checkbox"/> 屋外移動 - <input type="checkbox"/> 自立 □介助 □非実施 - <input type="checkbox"/> 装具・杖・車椅子等() <input type="checkbox"/> 自動車運転 - <input type="checkbox"/> 自立 □介助 □非実施 - <input type="checkbox"/> 改造() <input type="checkbox"/> 公共交通機関利用 - <input type="checkbox"/> 自立 □介助 □非実施 - <input type="checkbox"/> 種類() <input type="checkbox"/> 排泄(移乗以外) - <input type="checkbox"/> 自立 □介助(□下衣操作 □拭き動作 □カテーテル) - <input type="checkbox"/> 種類(□洋式 □和式 □その他()) <input type="checkbox"/> 食事 - <input type="checkbox"/> 自立 □介助 □非実施 - <input type="checkbox"/> 箸 □フォーク等 □胃ろうまたは経管 - <input type="checkbox"/> 食形態() <input type="checkbox"/> 整容 □自立 □介助 <input type="checkbox"/> 更衣 □自立 □介助 <input type="checkbox"/> 入浴 □自立 □介助 - <input type="checkbox"/> 浴槽 □シャワー - <input type="checkbox"/> 洗体介助 □移乗介助 <input type="checkbox"/> 家事 - <input type="checkbox"/> 全て実施 □非実施 □一部実施: () <input type="checkbox"/> 書字 - <input type="checkbox"/> 自立 □利き手交換後自立 □その他: () <input type="checkbox"/> PC・スマートフォン・ICT - <input type="checkbox"/> 自立 □介助 <input type="checkbox"/> コミュニケーション - <input type="checkbox"/> 自立 □介助 - <input type="checkbox"/> コミュニケーション機器 □文字盤 □他者からの協力	

	対応を要する項目	具体的な対応方針
心理	<input type="checkbox"/> 精神的支援 () <input type="checkbox"/> 障害の受容 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
環境	<input type="checkbox"/> 自宅の改築等 () <input type="checkbox"/> 福祉機器の導入 () <input type="checkbox"/> 社会保障サービス - <input type="checkbox"/> 身障手帳 □障害年金 □難病・小慢受給者証 □その他() <input type="checkbox"/> 介護保険サービス - <input type="checkbox"/> 通所リハ □訪問リハ □通所介護 □訪問看護 □訪問介護 <input type="checkbox"/> 老健 □特養 □介護医療院 □その他() <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス等 - <input type="checkbox"/> 放課後デイ □児童発達支援(医療・福祉) □生活介護 □その他 <input type="checkbox"/> その他 ()	
第三者の不利	<input type="checkbox"/> 退院後の主介護者 () <input type="checkbox"/> 家族構成の変化 () <input type="checkbox"/> 家庭内役割の変化 () <input type="checkbox"/> 家族の社会活動変化()	