

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日 年 月 日

患者氏名	男・女	生年月日(明・大・昭・平・令)	年	月	日(歳)	利き手	右・右(矯正)・左				
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護	SW等					
原因疾患(発症・受傷日)		合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 糖尿病等)		廃用症候群 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 静脈血栓		リハビリテーション歴					
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							
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)											
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 知的障害: <input type="checkbox"/> 精神障害: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:) <input type="checkbox"/> 不随意運動・協調運動障害:			<input type="checkbox"/> 知覚障害(<input type="checkbox"/> 視覚, <input type="checkbox"/> 表在覚, <input type="checkbox"/> 深部覚, <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症)(種類:) <input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 呼吸・循環機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛:							
	基本動作	立位保持(装具:) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 平行棒内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助 訓練室内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助									
活動	自立度	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」				訓練時能力:「できる“活動”」					
		自	監	一	全	非	独	監	一	全	非
	ADL・ASL等	立	視	助	助	実	立	視	助	助	実
	屋外歩行										
	階段昇降										
	廊下歩行										
	病棟トイレへの歩行										
	病棟トイレへの車椅子駆動(昼)										
	車椅子・ベッド間移乗										
	椅子座位保持										
ベッド起き上がり											
食事											
排尿(昼)											
排尿(夜)											
整容											
更衣											
装具・靴の着脱											
入浴											
コミュニケーション											
活動度	日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯:)				理由()						
	日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれなし), <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれあり), <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれ, 肘うけあり), <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> キャッチアップ										
栄養※1	身長 ^{#1} : ()cm, 体重: ()kg, BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1身長測定が困難な場合は省略可										
	栄養補給方法(複数選択可): <input type="checkbox"/> 経口(<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 補助食品), <input type="checkbox"/> 経管(<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他), <input type="checkbox"/> 静脈(<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心) 嚥下調整食の必要性: (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:(学会分類コード)) 栄養状態の評価:① GLIM基準による評価(成人のみ):判定 <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養(<input type="checkbox"/> 中等度低栄養, <input type="checkbox"/> 重度低栄養) 該当項目 表現型(<input type="checkbox"/> 体重減少, <input type="checkbox"/> 低BMI, <input type="checkbox"/> 筋肉量減少) 病因(<input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化吸収能低下, <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症) ② GLIM基準以外の評価: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他 () 【上記①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】 必要栄養量: ()kcal たんぱく質量 ()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質量 ()g #2入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可										
口腔※2	義歯の使用(<input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし)			歯肉の腫れ, 出血(<input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし)							
	歯の汚れ(<input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし)			左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる(<input type="checkbox"/> できない, <input type="checkbox"/> できる) その他()							
参加	職業 (<input type="checkbox"/> 無職, <input type="checkbox"/> 病欠中, <input type="checkbox"/> 休職中, <input type="checkbox"/> 発症後退職, <input type="checkbox"/> 退職予定)			社会参加(内容・頻度等)							
	(職種・業種・仕事内容:)										
	経済状況()			余暇活動(内容・頻度等)							
心理	障害の受容(<input type="checkbox"/> ショック期, <input type="checkbox"/> 否認期, <input type="checkbox"/> 怒り・恨み期, <input type="checkbox"/> 悲観・抑うつ期, <input type="checkbox"/> 解決への努力期, <input type="checkbox"/> 受容期)			依存欲求(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)							
	機能障害改善への固執(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)			独立欲求(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)							
環境	同居家族:			家屋 :							
	親族関係:			家屋周囲: 交通手段:							
第3利者の	発病による家族の変化										
	<input type="checkbox"/> 社会生活:										
	<input type="checkbox"/> 健康上の問題の発生: <input type="checkbox"/> 心理的問題の発生:										

※1 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のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

※2 回復期リハビリテーション病棟入院料1・2を算定する場合は必ず記入のこと