

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)
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

意識障害 (JCS・GCS) 呼吸機能障害 循環障害 危険因子 摂食嚥下障害 栄養障害 排泄機能障害 褥瘡 疼痛 その他
関節可動域制限 拘縮・変形 筋力低下 運動機能障害 感覚機能障害 音声・発話障害 高次脳機能障害 精神行動障害 見当識障害 記憶障害 発達障害

基本動作

寝返り (自立 一部介助 介助 非実施) 座位保持 (自立 一部介助 介助 非実施)
起き上がり (自立 一部介助 介助 非実施) 立位保持 (自立 一部介助 介助 非実施)
立ち上がり (自立 一部介助 介助 非実施) 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

Table with columns: 項目, 得点 (FIM, BI), 開始時→現在, 使用用具及び介助内容等. Rows include Self-care (e.g., 食事, 整容), 運動 (e.g., 排泄, 移乗), 移動, and 認知.

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/m^2
栄養補給方法(複数選択可) 経口(食事 補助食品), 経管(経鼻胃管 胃瘻 その他), 静脈(末梢 中心)
嚥下調整食の必要性: (無 有)
栄養状態の評価: ① GLIM基準による評価(成人のみ): 判定 低栄養非該当 低栄養(中等度低栄養, 重度低栄養)
② GLIM基準以外の評価: 問題なし 過栄養 その他

口腔(※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)

義歯の使用: あり なし 歯肉の腫れ, 出血: あり なし
歯の汚れ(あり, なし) 左右両方の奥歯でしっかりとみしめられる(できない, できる) その他

社会保障サービスの申請状況 ※該当するもののみ

要介護状態区分等 身体障害者手帳 精神障害者保健福祉手帳 療育手帳・愛護手帳 その他(難病等)
目標(1ヶ月) 目標(終了時)
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 理学療法士 言語聴覚士 管理栄養士 主治医 作業療法士 看護師 社会福祉士
説明者署名 説明を受けた人: 本人, 家族() 説明日: 年 月 日