



### リハビリテーション実施計画書

患者氏名: 男・女		生年月日(西暦) 年 月 日			計画評価実施日 年 月 日	
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST		
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):		合併症(コントロール状態):			発症前の活動、社会参加:	
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				

※回復期リハビリテーション病棟入院料<sup>1</sup>を算定する場合は、管理栄養士の氏名を上表に記入の上、下表の「栄養」欄も必ず記入のこと。

評価項目・内容 (コロン()の後ろに具体的内容を記入)

心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害:		<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"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> その他:	
	基本動作	寝返り ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 起き上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 座位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 立ち上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 立位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ):		

活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)						
	ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	使用用具(杖、装具)	介助内容
	食事	10	5	0			
	移乗	15	10 ←監視下				
	座れるが移れない→		5	0			
	整容	5	0	0			
	トイレ動作	10	5	0			
	入浴	5	0	0			
	平地歩行	15	10←歩行器等		歩行:		
	車椅子操作が可能 →	5	0		車椅子:		
	階段	10	5	0			
	更衣	10	5	0			
	排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0				
合計(0~100点)	点						
コミュニケーション							

栄養	身長 <sup>#1</sup> : ( )cm, 体重:( )kg, BMI <sup>#1</sup> : ( )kg/m <sup>2</sup> #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"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養( <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: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 低栄養リスク <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他( ) 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ( )kcal, たんぱく質( )g 総摂取栄養量 <sup>#2</sup> (経口・経管・静脈全て含む): ( )kcal, たんぱく質( )g #2入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可	

目標 (1ヶ月後、退院時):	本人・家族の希望:
リハビリテーションの治療方針:	
目標到達予想時期:	説明者署名:
本人・家族への説明: 年 月 日	説明を受けた人:本人、家族( ) 署名:

# リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日 年 月 日( 歳) 要介護度:

健康状態(原因疾患, 発症・受傷日等)	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)	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: <input type="checkbox"/> 感覚機能障害: <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮:(部位) <input type="checkbox"/> 関節痛:(部位) <input type="checkbox"/> その他( )
参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入)		<input type="checkbox"/> 認知症に関する評価
退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定		
家庭内役割(家事への参加、等):		
社会活動: 外出(内容・頻度等): 余暇活動(内容・頻度等):		
退院後利用資源:		

自立・介護 状況 項目	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたいもたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動												
	トイレへの移動											
	階段昇降											
	屋内移動											
	屋外移動											
	食事											
	排泄(昼)											
	排泄(夜)											
	整容											
	更衣											
	入浴											
	コミュニケーション											
	家事											
	外出											

自立・介護 状況 項目	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたいもたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り											
	起き上がり											
	座位											
	立ち上がり											
	立位											
摂食・嚥下												

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: (A) 目標 (B) 実行状況 (C) 能力

栄 養 ※	身長 <sup>#1</sup> : ( )cm, 体重: ( )kg, BMI <sup>#1</sup> : ( )kg/m <sup>2</sup> #1 身長測定が困難な場合は省略可
	栄養状態: <input type="checkbox"/> 問題なし, <input type="checkbox"/> 低栄養, <input type="checkbox"/> 低栄養リスク, <input type="checkbox"/> 過栄養, <input type="checkbox"/> その他( )
	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"/> 経管栄養, <input type="checkbox"/> 静脈栄養 ( <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: )
	【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】
	必要栄養量: ( )kcal, たんぱく質( )g
	総摂取栄養量 <sup>#2</sup> (経口・経管・静脈全て含む): ( )kcal, たんぱく質( )g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

※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(リハビリテーション実施計画書(2)の担当者一覧に管理栄養士の氏名も記載)

## リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望 ( 年 月 日)
-----------------

ご家族の希望 ( 年 月 日)
-----------------

生活目標	その人らしく生活するためのポイント
------	-------------------

リハビリテーションプログラム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい、楽しみの支援に向けての取り組み
----------------	-------------------------------------

ご本人に行ってもらいたいこと
----------------

ご家族にお願いしたいこと
--------------

病気との関係で気をつけること
----------------

前回計画書作成時からの改善・変化等( 月 日)
-------------------------

備考
----

担当チーム	担当医: _____
	●PT・OT・ST: _____ ( )、_____ ( )、_____ ( )、_____ ( ) _____
	●看護・介護: _____ ( )、_____ ( )、_____ ( )、_____ ( ) _____
	● _____ ( )、_____ ( )、_____ ( )、_____ ( ) _____ ( )内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意: 年 月 日

ご本人サイン: \_\_\_\_\_ ご家族サイン: \_\_\_\_\_ 説明者サイン: \_\_\_\_\_

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な医療・介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

# リハビリテーション 実施計画書

ID: \_\_\_\_\_ 評価日(開始日): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名: \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

主治医・説明医師:	リハ担当医:	看護師:
理学療法士:	他職種( _____ )	

診断名	合併症
入院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	発症日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(頃)
手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	治療法(術式)
冠危険因子(既往歴)	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病(CKD) <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> その他( _____ )

活動時のリスク	心機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低下 (EF _____ %)	関節可動域制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( _____ )
	不整脈	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( _____ )	虚血(残存狭窄)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( _____ )
	その他			

栄養*	身長 <sup>#1</sup> : ( _____ )cm, 体重: ( _____ )kg, BMI <sup>#1</sup> : ( _____ )kg/m <sup>2</sup> #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"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養( <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: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 低栄養リスク <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ( _____ )kcal, たんぱく質( _____ )g 総摂取栄養量 <sup>#2</sup> (経口・経管・静脈全て含む): ( _____ )kcal, たんぱく質( _____ )g <small>#2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可</small>
-----	---

\*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)

日常生活(病棟)の自立度(実際に行っている活動)	
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 室内歩行 <input type="checkbox"/> 病棟内歩行 <input type="checkbox"/> 院内歩行 <input type="checkbox"/> 屋外歩行
起居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: ( _____ )
歩行(移動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考: <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
ベッドから車椅子(ストレッチャー)への移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考: ( _____ )
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考: ( _____ )
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 点滴有 <input type="checkbox"/> 点滴無 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
排泄(排尿)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 尿バルーン留置 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
排泄(排便)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 洗髪 <input type="checkbox"/> 清拭
コミュニケーション(意思伝達)	<input type="checkbox"/> 成立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 ※備考: ( _____ )

環境	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居( _____ ) <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅   居住階( _____ )階:エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 事務仕事 <input type="checkbox"/> 肉体仕事   職種・通勤方法等   _____

再発予防・健康維持のための目標	<input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 運動習慣の獲得 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
本人・家族の希望・目標	

運動目標・方針(負荷試験)と運動内容(以下、チェックした項目を順に行っていく予定)	
開始日(起算日)	_____ 年 _____ 月 _____ 日   予定期間 _____
運動目標・方針(負荷試験)	<input type="checkbox"/> 立位・ベッド周囲歩行 <input type="checkbox"/> 50m歩行 <input type="checkbox"/> 100m歩行 <input type="checkbox"/> 200m歩行 <input type="checkbox"/> 500m歩行 <input type="checkbox"/> _____m歩行 <input type="checkbox"/> トレッドミル運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 自転車エルゴメータ運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) ※備考: ( _____ )
運動内容・処方	<input type="checkbox"/> 呼吸訓練 <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 筋力増強 <input type="checkbox"/> 日常生活動作 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) ※運動処方: ( _____ )

上記について説明を受けました。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人・家族氏名 \_\_\_\_\_

# リハビリテーション実施計画書

ID

患者氏名

男・女

生年月日(明・大・昭・平・西暦)

年

月

日

頁

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  喫煙  
 肥満  高尿酸血症  慢性腎臓病 (CKD)  家族歴  狭心症  
 陳旧性心筋梗塞  他 ( )

標準体重 kg: 目標血圧 / mmHg

現在の体重 kg: BMI (18.5~24.9) kg/m<sup>2</sup>

現在の血圧(又は家庭血圧) / mmHg

## 血液検査結果

HbA1c (6.5% 未満) %  
 LDLコレステロール (100mg/dl 未満) mg/dl  
 HDLコレステロール (40mg/dl 以上) mg/dl  
 中性脂肪 (TG: 150mg/dl 以下) mg/dl  
 BNP pg/ml  
 他 ( )

心機能: 左室駆出率 (EF) 【正常・低下】 %

他所見 ( )

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  他 ( )

栄養\* 栄養補給方法:  経口 (  食事  補助食品 )  
(複数選択可)  経管栄養  静脈栄養 (  末梢  中心 )  
嚥下調整食の必要性:  無  有 (学会分類コード: )  
栄養状態:  問題なし  低栄養  低栄養リスク  
 過栄養  その他 ( )  
【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】  
必要栄養量: ( ) kcal, たんぱく質 ( ) g  
総摂取栄養量#: ( ) kcal, たんぱく質 ( ) g  
(経口・経管・静脈全て含む)  
# 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

※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。  
(右列の『栄養・食事について』の欄にも、担当管理栄養士の氏名とコメントを記入)

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【有・無】

その他 ( )

社会復帰  無職  家事  休職中  発症後退職  退職予定  
 転職  転職予定  発症後配置転換  現職復帰  
・職種/業務内容/通勤方法等 ( )

本人・家族の希望・回復への目標

再発予防・健康維持のための目標  
 病気への理解  体力向上  食事管理  内服管理  
 運動習慣の獲得  禁煙  他 ( )

運動負荷試験結果(運動処方) / mmHg

運動耐容能【良好・+】 W 分 回/週

運動処方(脈) km/h 分 回/週

自転車

歩行

その他注意事項 ( )

## 再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』  できる  要指導  
『家庭血圧・体重測定』  実施している  要支援  
『自分に合った運動』  理解している  実践している  要支援  
『適切な食事・摂取量』  理解している  実践している  要支援  
『正しい服薬』  理解している  服薬忘れなし  要支援  
『薬の管理』  自分  家族 ( )  他人 ( )  
『自身の病気』  不安がない  不安がある  
『日常生活活動・復職』  不安がない  不安がある  
『余暇・社会活動』  理解している  実践している  要支援  
『睡眠』  良好  不眠【入眠障害・中途覚醒・他】  
『タバコ』  禁煙  受動喫煙  喫煙 ( 本 )  要支援  
『症状出現時の対処法』  理解している  要指導  
『 ( ) 』  ( )  ( )  
『 ( ) 』  ( )  ( )

## 多職種による再発予防への取り組み

(支援・指導が必要な項目にチェックをつける)

『運動・日常生活動作について』

担当者/職種:  呼吸訓練  ストレッチ  筋力増強  ADL訓練  歩行

自転車  他 ( )

『栄養・食事について』

担当者/職種:  栄養士 ( )

『お薬について』

担当者/職種:  薬剤師 ( )

『

担当者/職種:  看護師 ( )

『

担当者/職種:  理学療法士 ( )

## 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

本人・家族氏名

医師: 理学療法士:

看護師: 他職種 ( ):

事業所番号 \_\_\_\_\_ リハビリテーション計画書 入院 外来 / 訪問 通所 計画作成日: 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
氏名: \_\_\_\_\_ 様 性別: (男/女) 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳) 要支援 要介護: \_\_\_\_\_  
リハビリテーション担当医: \_\_\_\_\_ 担当: \_\_\_\_\_ ( PT OT ST 看護職員 その他従事者( \_\_\_\_\_ )

■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 認知症である老人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

■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

■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	<input type="checkbox"/>
社会参加	<input type="checkbox"/>
交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無
サービスの利用	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>

■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: 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人のサイン: \_\_\_\_\_ 家族サイン: \_\_\_\_\_ 説明者サイン: \_\_\_\_\_

特記事項: \_\_\_\_\_





基本方針	本人の希望
	家族の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
参加 「主目標」	退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他: 復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他: (仕事内容: ) 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
活動 (すべて実行状況)	自宅内歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等: ) 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等: ) 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (種類: ) 車椅子 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動 (使用場所: ) (駆動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)(移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: ) 排泄 <input type="checkbox"/> 自立:形態 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 立ち便器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介助: 食事 <input type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> 介助: 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 入浴 <input type="checkbox"/> 自宅浴槽自立 <input type="checkbox"/> 介助: 家事 <input type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: 書字 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: コミュニケーション <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり:	
心身機能 構造	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	
第三者の不利	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)	備考
--------------------------------	----

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	---	---	---	-------	-------	--------

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1,J2,A1,A2,B1,B2,C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
- 日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
- 訓練時能力:「できる“活動”」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行なうことができる能力についてであること。

# 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(西暦) 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
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：		合併症(コントロール状態)：			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()の後ろに具体的内容を記入)				短期目標 ( ___ヶ月後)	具体的アプローチ		
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS)： <input type="checkbox"/> 見当識障害： <input type="checkbox"/> 記銘力障害： <input type="checkbox"/> 運動障害： <input type="checkbox"/> 感覚障害： <input type="checkbox"/> 摂食障害： <input type="checkbox"/> 排泄障害： <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害： <input type="checkbox"/> 音声、発話障害(構音、失語)： <input type="checkbox"/> 関節可動域制限： <input type="checkbox"/> 筋力低下： <input type="checkbox"/> 褥瘡： <input type="checkbox"/> 疼痛： <input type="checkbox"/> 半側空間無視： <input type="checkbox"/> 注意力障害： <input type="checkbox"/> 構成障害： <input type="checkbox"/> その他：						
	基本動作	寝返り ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )： 起き上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )： 座位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )： 立ち上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )： 立位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )：					
活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)						
	ADL (B, I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ
	食事	10	5	0			
	移乗	15	10 ←監視下				
	座れるが移れない→		5	0			
	整容	5	0	0			
	トイレ動作	10	5	0			
	入浴	5	0	0			
	平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：		
	車椅子操作が可能		→ 5	0	車椅子：		
	階段	10	5	0			
	更衣	10	5	0			
	排便管理	10	5	0			
	排尿管理	10	5	0			
合計(0~100点)	点						
コミュニケーション	理解						
	表出						

	評価	短期目標	具体的アプローチ
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 ) 職種・業種・仕事内容: 経済状況: 社会参加(内容、頻度等): 余暇活動(内容、頻度等):	退院先 ( <input type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> 親族宅、 <input type="checkbox"/> 医療機関、 <input type="checkbox"/> その他 ) 復職 ( <input type="checkbox"/> 現職復帰、 <input type="checkbox"/> 転職、 <input type="checkbox"/> 配置転換、 <input type="checkbox"/> 復職不可、 <input type="checkbox"/> その他 ) 復職時期: 仕事内容: 通勤方法: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
栄養 ※	身長 <sup>#1</sup> : ( )cm、体重:( )kg、 BMI <sup>#1</sup> : ( )kg/m <sup>2</sup> #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"/> 経管栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養( <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: <input type="checkbox"/> 問題なし、 <input type="checkbox"/> 低栄養、 <input type="checkbox"/> 低栄養リスク <input type="checkbox"/> 過栄養、 <input type="checkbox"/> その他( )  【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ( )kcal、たんぱく質( )g 総摂取栄養量 <sup>#2</sup> (経口・経管・静脈全て含む): ( )kcal、たんぱく質( )g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可	摂取栄養量:(目標: kcal) 体重増加/減量:(目標: kg)  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"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養( <input type="checkbox"/> 末梢、 <input type="checkbox"/> 中心 ) その他:	
心理	抑うつ: 障害の否認: その他:		
環境	同居家族: 親族関係: 家屋: 家屋周囲: 交通手段:	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 身障手帳、 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要:	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活: 健康上の問題の発生: 心理的問題の発生:	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要:	
1ヵ月後の目標:		本人の希望:	
		家族の希望:	
リハビリテーションの治療方針:		外泊訓練計画:	
退院時の目標と見込み時期 :			
退院後のリハビリテーション計画 (種類・頻度・期間):			

退院後の社会参加の見込み:	説明者署名:
---------------	--------

本人・家族への説明: 年 月 日	説明を受けた人:本人、家族( ) 署名:
------------------	----------------------

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

1. 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年1月18日 老健第102-2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
3. 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Index に代えてFIMを用いてもよい。

※ 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、「栄養」欄も必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

リハビリテーション総合実施計画書

評価実施日: 年 月 日

氏名:		男・女	生年月日	年	月	日( 歳)	利き手	右・右(矯正)・左
主治医		リハ担当医			看護			緩和ケア
PT		OT			ST			SW等
原発巣(発症・診断確定日):			病期分類(ステージ):		併存疾患:			
廃用症候群:			リハビリテーション歴:			PS又はKPS:		
入院の目的と治療内容	入院の目的:		治療内容:			予定入院期間:		
	治療後に生じる可能性のある副作用・合併症:		治療後に生じる可能性のある身体の障害:		退院後の治療予定:			
身体症状ととら れている対策		<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 不安・抑鬱 <input type="checkbox"/> その他 (とられている対策: )						
骨 転 移	骨転移検索の有無		<input type="checkbox"/> 半年以内の骨シンチ		<input type="checkbox"/> 単純レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI		(直近の検索日時: 年 月 日)	
	骨転移の診断		<input type="checkbox"/> 骨転移なし <input type="checkbox"/> 骨転移あり(部位 )					
	病的骨折のリスク		<input type="checkbox"/> 単純レントゲンで溶骨性変化 <input type="checkbox"/> 骨シンチで異常集積		<input type="checkbox"/> 局所の疼痛			
評価項目・内容(具体的内容を記載)					具体的アプローチ			
心 身 機 能 ・ 構 造	<input type="checkbox"/> 意識障害(JCS、GCS)・せん妄: <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害: <input type="checkbox"/> 音声、発話障害: <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> その他: 動基 作本							
	座位( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 立ち上がり( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 立位( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)							
	安静度の制限とその理由、活動時のリスク(手術後の合併症、放射線・化学療法中・後の副作用、がんの進行にともなう影響を考慮)							
活 動	ADL(B. I. に準 じる)		自立	一部介助	全介 助	使用用具(杖、装具)・介 助内容		
	食事		10	5	0			
	移乗		15	10	5			
	整容		5	0	0			
	トイレ動作		10	5	0			
	入浴		5	0	0			
	平地歩行		15	10	5			
	階段		10	5	0			
	更衣		10	5	0			
	排便管理		10	5	0			
排尿管理		10	5	0				
合計(0~100点)					点			

評価項目・内容(具体的内容を記載)		具体的アプローチ
参加	職業 <input type="checkbox"/> あり(仕事内容: ) <input type="checkbox"/> なし 家庭内役割: 余暇(趣味など): その他:	
栄養※	身長 <sup>#1</sup> : ( )cm, 体重:( )kg BMI <sup>#1</sup> : ( )kg/m <sup>2</sup> #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"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養( <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: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 低栄養リスク <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他( ) 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ( )kcal, たんぱく質( )g 総摂取栄養量 <sup>#2</sup> (経口・経管・静脈全て含む): ( )kcal, たんぱく質( )g #2 入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可	
心理	<input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> 興味・喜びの著しい減退 <input type="checkbox"/> 食欲の障害 <input type="checkbox"/> 睡眠の障害 <input type="checkbox"/> 焦燥又は抑止 <input type="checkbox"/> 易疲労感又は気力の減退 <input type="checkbox"/> 無価値感又は自責感 <input type="checkbox"/> 集中力低下又は決断困難 <input type="checkbox"/> 希死念慮 その他:	
環境	同居家族: 家屋: その他:	自宅改造:福祉機器 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 その他:
2週間後の目標:		本人の希望: 家族の希望:
リハビリテーションの治療方針:		
退院時の目標と見込み時期:		

退院後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間):

退院後の社会参加の見込み:

※ 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「栄養」欄も必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

本人・家族への説明 年 月 日

説明を受けた人: 本人・家族( )

署名

説明者:

署名



# 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 ( \_\_\_\_\_ )

### 栄養\*

栄養補給方法： 経口 ( 食事 補助食品 )  
(複数選択可)

経管栄養 静脈栄養 ( 末梢 中心 )

嚥下調整食の必要性： 無 有 (学会分類コード： \_\_\_\_\_ )

栄養状態：問題なし 低栄養 低栄養リスク 過栄養 その他 ( \_\_\_\_\_ )

【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】

必要栄養量： ( \_\_\_\_\_ ) kcal, たんぱく質 ( \_\_\_\_\_ ) g

総摂取栄養量<sup>#</sup>： ( \_\_\_\_\_ ) kcal, たんぱく質 ( \_\_\_\_\_ ) g  
(経口・経管・静脈全て含む)

<sup>#</sup> 入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可

※ 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 (担当者一覧に管理栄養士の氏名も記入)

運動耐容能【良好・低下】 (健常人の \_\_\_\_\_ %： \_\_\_\_\_ METs)

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』  
『症状出現時の対処法』  
他『 』

禁煙 受動喫煙 喫煙（ 本）要支援  
理解している 要指導  
（ ）（ ）（ ）

本人・家族の希望





[記載上の注意]

1. 本シートの交付、説明は、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の交付、説明と一体として行って差し支えない。
2. 「今後の見通し」について、必要な場合は、「今後のリハビリテーションが順調に進んだ場合」等の前提をおき、場合分けごとに記載してもよい。
3. 「現在のリハビリテーションの目標」は、医師及びその他の従事者が記載した後、本シートの説明を通じて患者又は家族等と面談し、患者の価値観等を踏まえてよりよい目標設定ができると考えた場合は、赤字で追加、修正する等してよい。