

### リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女		年生 ( ) 歳	計画評価実施日	年	月	日
リハ担当医	PT	OT	ST				
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)				

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"/> 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"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(□構音障害, □失語症:種類 ) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:
	基本動作 立位保持(装具: ) □手放し, □つかまり, □不可 平行棒内歩行(装具: ) □独立, □一部介助, □非実施 訓練室内歩行(装具: ) □独立, □一部介助, □非実施	

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	部	全	非	独	監	部	全	非
ADL・ASL等	立	視	助	助	施	立	視	助	助	施
屋外歩行										
病棟トイレへの歩行										
〃 への車椅子駆動										
車椅子・ベッド間移乗										
椅子座位保持										
ベッド起き上がり										
排尿(昼)										
排尿(夜)										
食事										
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: □無, □有(時間帯: )					理由 ( )				
	日中座位: □椅子, □車椅子, □ベッド上, □ギャッチアップ									

参加	職業 (含:主婦・学生) (職種・業種・仕事内容: )	社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。)
----	-----------------------------	-------------------------

目標	本人の希望
	家族の希望
方針	リハビリテーション終了の目安・時期

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

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				認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, V, M					

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							

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 □運動機能障害: [ ] □感覚機能障害 [ ] □高次脳機能障害: [ ] □拘縮:(部位) ) □関節痛:(部位) ) □その他( ) ) [ ] 認知症に関する評価
参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入)		
退院先 □自宅 □その他: □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	現在の評価及び目標							具体的なアプローチ					
	項目	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	現在の評価及び目標							具体的なアプローチ					
	項目	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													

# 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。