

(別紙様式21)

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"/> 酸素療法 ( ) L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 拘縮・変形 ( )
<input type="checkbox"/> 循環障害 - <input type="checkbox"/> EF ( ) % <input type="checkbox"/> 不整脈 ( 有 ・ 無 )	<input type="checkbox"/> 筋力低下 ( )
<input type="checkbox"/> 危険因子 <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"/> 運動機能障害 ( <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パーキンソンズム )
<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"/> 筋緊張異常 ( )
<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"/> 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"/> 摂食嚥下障害 ( )	<input type="checkbox"/> 音声・発話障害 ( <input type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )
<input type="checkbox"/> 栄養障害 ( )	<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"/> 排泄機能障害 ( )	<input type="checkbox"/> 精神行動障害 ( )
<input type="checkbox"/> 褥瘡 ( )	<input type="checkbox"/> 見当識障害 ( )
<input type="checkbox"/> 疼痛 ( )	<input type="checkbox"/> 記憶障害 ( )
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 発達障害 ( )
	( <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)	→	
		更衣(下半身)	→ 10・5・0 → 10・5・0	
	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	
		排便コントロール	→ 10・5・0 → 10・5・0	
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	→	
		トイレ	→ 15・10 → 15・10	
		浴槽・シャワー	→ 5・0 → 5・0	
	移動	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"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) <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 )	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級	<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳 級	<input type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手帳	<input type="checkbox"/> その他(難病等)
---	---	---	------------------------------------	-----------------------------------

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 理学療法士 _____ 主治医 _____ 言語聴覚士 _____ 作業療法士 _____ 管理栄養士 _____ 看護師 _____ 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	