

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	
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)					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						

第 2 章 特掲診療料

第 1 部 医学管理等

B 0 1 3 義歯管理料

- (2) 新製有床義歯管理料は、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、新製した有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者に対して、新製した有床義歯の取扱い、保存・清掃方法等について必要な指導を行い、当該管理の要点を診療録に記載した場合に、新製有床義歯の装着後 1 月以内に 2 回を限度として算定できるものとする。ただし、1 回目の新製有床義歯管理料については、当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供するとともに、当該文書の写しを診療録に添付し、診療録に義歯管理の内容の要点を記載した場合に算定するものとする。なお、新製有床義歯管理料を算定する場合にあつては、診療報酬明細書の摘要欄に当該義歯の装着日を記載し、~~またすること。なお、~~診療報酬明細書の病名欄の有床義歯の対象となる欠損部位と装着部位が異なる場合は、装着部位を摘要欄に記載すること。

第 4 部 画像診断

通則

- 3 ~~歯科用エックス線フィルムを使用せずデジタル映像化処理を伴う~~ 歯科 エックス線撮影を行った場合 ~~又は及びオルソパントモ型フィルムを使用せずデジタル映像化処理を伴う~~ 歯科 パノラマ断層撮影等を行った場合は、診断料及び撮影料に「通則 4」に規定する加算を合算し、画像診断の費用を算定する。~~なお、フィルムにプリントアウトした場合のフィルムの費用はデジタル映像化処理の費用に含まれ別に算定できない。~~
- 4 ~~エックス線フィルムを使用せず~~ デジタル映像化処理を伴うエックス線撮影を行った場合における撮影料の算定方法については、「通則 3」に準じて取り扱うものとする。

第 1 節

E 0 0 0 写真診断

- (1) 歯科エックス線撮影とは、歯科用エックス線フィルムを用いて撮影した場合及び ~~歯科用エックス線フィルムを使用せず、~~ 専用の装置を用いてデジタル映像化処理を行った場合をいう。

第 8 部 処置

第 1 節 処置料

I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療

- (3) 歯周病安定期治療は、その開始に当たって、歯周組織検査を行い、症状が一時的に安定していることを確認した上で行うものであり、歯周組織検査の結果の要点や