

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															
活 動	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”」									
	ADL・ASL等		自 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容等	独 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	使用用具 杖・装具	姿勢・ 場所(訓練室・病棟等) 介助内容等
	屋外歩行															
	病棟トイレへの歩行															
	病棟トイレへの車椅子駆動															
	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											
					リハビリテーション終了の目安・時期											
方 針																
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, 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 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												
	起きあがり												
	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

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)

その人らしく生活するためのポイント

生活
目
標

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

リ
ハ
ビ
リ
テ
ー
シ
ョ
ン
プ
ロ
グ
ラ
ム

ご本人に行ってもらふこと

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。

(別紙様式21の4)

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			

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		
ベットから車椅子(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	職腫・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・ベット周囲歩行 <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

(別紙様式21の5)

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											
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）： <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"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病（CKD） <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 狭心症																	
<input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 他（																	
標準体重													kg：	目標血圧	/	mmHg	
現在の体重													kg：	BMI（18.5～24.9）	kg/m ²		
現在の血圧（又は家庭血圧）													/	mmHg			
血液検査結果																	
<input type="checkbox"/> HbA1c（6.5% 未満）													%				
<input type="checkbox"/> LDLコレステロール（100mg/dl 未満）													mg/dl				
<input type="checkbox"/> HDLコレステロール（40mg/dl 以上）													mg/dl				
<input type="checkbox"/> 中性脂肪（TG：150mg/dl 以下）													mg/dl				
<input type="checkbox"/> BNP													pg/ml				
<input type="checkbox"/> 他（																	
心機能：左室駆出率（EF）【正常・低下】													%				
他所見（																	
ADL <input type="checkbox"/> 車椅子【自立・他人操作】 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行																	
<input type="checkbox"/> 屋内歩行 <input type="checkbox"/> 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 他（																	
環境 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居（													）	家族の協力体制【あり・困難】			
<input type="checkbox"/> 一戸建【平屋・2階以上】																	
<input type="checkbox"/> 集合住宅：階居住, エレベーター【有・無】																	
<input type="checkbox"/> その他（																	
社会復帰 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 発症後退職 <input type="checkbox"/> 退職予定																	
<input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 転職予定 <input type="checkbox"/> 発症後配置転換 <input type="checkbox"/> 現職復帰																	
・職腫/業務内容/通勤方法 ¹ （																	
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																	
<input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 内服管理																	
<input type="checkbox"/> 運動習慣の獲得 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 他（																	
運動負荷試験結果（運動処方）																	
運動耐容能【良好・低下】（健常人の													%：	MET s）			
運動処方（脈拍・血圧）：													bpm	/	mmHg		
自転車													W	分	回/週		
歩行													km/h	分	回/週		
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』													<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（		
『自身の病気』													<input type="checkbox"/> 不安がない	<input type="checkbox"/> 不安がある			
『日常生活活動・復職』													<input type="checkbox"/> 不安がない	<input type="checkbox"/> 不安がある			
『余暇・社会活動』													<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 実践している	<input type="checkbox"/> 要支援		
『睡眠』													<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良【入眠障害・中途覚醒・他 ¹ ）】			
『タバコ』													<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 受動喫煙	<input type="checkbox"/> 喫煙（	本）	<input type="checkbox"/> 要支援
『症状出現時の対処法』													<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 要指導			
『													<input type="checkbox"/> （	<input type="checkbox"/> （			
『													<input type="checkbox"/> （	<input type="checkbox"/> （			
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）																	
<input type="checkbox"/> 『運動・日常生活動作について』																	
担当者/職腫:																	
<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"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 歩行																	
<input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 他（																	
<input type="checkbox"/> 『食事について』																	
担当者/職腫:																	
ｺﾒﾝﾄ（																	
<input type="checkbox"/> 『お薬について』																	
担当者/職腫:																	
ｺﾒﾝﾄ（																	
<input type="checkbox"/> 『																	
担当者/職腫:																	
ｺﾒﾝﾄ（																	
<input type="checkbox"/> 『																	
担当者/職腫:																	
ｺﾒﾝﾄ（																	
今後の運動療法継続について																	
<input type="checkbox"/> 当院にて <input type="checkbox"/> 自宅にて <input type="checkbox"/> 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：他職腫（																	