

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:	
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:		

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

## 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 \_\_\_\_\_ %： \_\_\_\_\_ 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： \_\_\_\_\_ 他職腫 ( \_\_\_\_\_ )： \_\_\_\_\_

- 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』       | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 受動喫煙 <input type="checkbox"/> 喫煙 ( ) | <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                                 |
| 他『 』        | <input type="checkbox"/> ( )  | <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( )    |

本人・家族の希望

(別紙様式24)

(精神科)退院療養計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
予想される退院日	
退院後の治療計画	
退院後の療養上の留意点	
退院後必要となる保健医療サービス又は福祉サービス	
その他	

注) 退院日等は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) \_\_\_\_\_ 印

酸素の購入価格に関する届出書 (平成 年度)

1 前年の1月から12月までの酸素の購入実績

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (CE)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
年1月								
2月								
3月								
4月								
5月								
6月								
7月								
8月								
9月								
10月								
11月								
12月								
計								
単価								

2 前年1年間において酸素の購入実績がない場合 (当該診療月前の酸素の購入実績)

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (CE)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
年 月								
単価								

3 その他

購入業者名	種類 (液化酸素、ボンベ)

上記のとおり届出します。

平成 年 月 日

医療機関コード	
---------	--

所在地  
名称  
開設者

保険医療機関

印

殿

[記載上の注意事項]

- 届出は、当該前年の1月1日から12月31日までの間に購入したすべての酸素について記載すること。
- 対価は、実際に購入した価格 (消費税を含む。) を記載すること。

(別紙様式26)

平成 年 月 日

主治医氏名	
1. 輸血の種類（自己血輸血*を含む。）と使用量等	
2. 輸血の必要性及び輸血を行わない場合の危険性等	
3. 輸血の副作用等	
4. 輸血に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
5. その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

\* 自己血輸血を実施しない場合は、その理由を説明すること。

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で輸血を受けることに同意しました。

(患者氏名) 印

(家族等氏名) 印

(患者との続柄： )

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要