

事業所番号 _____ **リハビリテーション計画書** 入院 外来 / 訪問 通所 / 入所 計画作成日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 氏名: _____ 様 性別: (男/女) 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 要支援 要介護 _____
 リハビリテーション担当医: _____ 担当: _____ (PT OT ST 看護職員 その他従事者(_____)

■本人の希望(したい又はできるようにになりたい生活の希望等) _____ _____ _____	■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等) _____ _____ _____
--	--

■健康状態、経過 原因疾病: _____ 発症日・受傷日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の入院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の退院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): _____ _____ _____ 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): _____ _____ _____ これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等): _____ _____ _____			
---	--	--	--

目標設定等支援・管理シート: あり なし 日常生活自立度: 自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: 自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造			
項目	現在の状況	活動への支障	特記事項(改善の見込み含む)
筋力低下	あり	あり	
麻痺	あり	あり	
感覚機能障害	あり	あり	
関節可動域制限	あり	あり	
摂食嚥下障害	あり	あり	
失語症・構音障害	あり	あり	
見当識障害	あり	あり	
記憶障害	あり	あり	
高次脳機能障害 (_____)	あり	あり	
栄養障害	あり	あり	
褥瘡	あり	あり	
疼痛	あり	あり	
精神行動障害(BPSD)	あり	あり	
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> TUG Test			
服薬管理		自立	
<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R			
コミュニケーション の状況			

■活動(基本動作)			
項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
寝返り	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位保持	自立	自立	
■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)			
項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
食事	10(自立)	10(自立)	
イスとベッド間の移乗	15(自立)	15(自立)	
整容	5(自立)	5(自立)	
トイレ動作	10(自立)	10(自立)	
入浴	5(自立)	5(自立)	
平地歩行	15(自立)	15(自立)	
階段昇降	10(自立)	10(自立)	
更衣	10(自立)	10(自立)	
排便コントロール	10(自立)	10(自立)	
排尿コントロール	10(自立)	10(自立)	
合計点			

■リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月) (心身機能) _____ (活動) _____ (参加) _____
--

■リハビリテーションの長期目標 (心身機能) _____ (活動) _____ (参加) _____

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間) _____ _____ _____

■本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む) _____ _____ _____

■リハビリテーション実施上の留意点 (開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等) _____ _____ _____

■リハビリテーションの見直し・継続理由 _____ _____ _____

■リハビリテーションの終了目安 (終了の目安となる時期: _____ ヶ月後)

利用者・ご家族への説明: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

特記事項: _____ _____ _____
