

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"/> 失行・失認 :
	<input type="checkbox"/> 認知症:	<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"/> 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"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害:
	<input type="checkbox"/> 筋力低下(部位、MMT): 基本動作 立位保持(装具: ) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 平行棒内歩行(装具: ) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施 訓練室内歩行(装具: ) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施	<input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:

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									
	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具・装具	姿勢・実行場所 介助内容等	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具・装具	姿勢・ 場所(訓練室・病棟等) 介助内容等	
ADL・ASL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(昼)	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			
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: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(時間帯: )					理由: )									
	日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 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
方針	家族の希望
	リハビリテーション終了の目安・時期

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
------------	---	---	---	-------	-------	--------