

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(残存狭搾) <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 |
| ベッドから車椅子(ストレッチャー)への移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考:(_____) |
| 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 職種・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・ベッド周囲歩行 <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 _____