

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日: 年 月 日

氏名:	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	利き手	右・右(矯正)・左
主治医	リハ担当医	看護	緩和ケア		
PT	OT	ST	SW等		
原発巣(発症日・診断確定日):	病期分類(ステージ):	併存疾患:			
廃用症候群:	リハビリテーション歴:	PS又はKPS:			
入院の目的:	治療内容:	予定入院期間:			
と治療内容	治療後に生じる可能性のある副作用・合併症:	治療後に生じる可能性のある身体の障害:	退院後の治療予定:		
身体症状ととられている対策	<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 不安・抑鬱 <input type="checkbox"/> その他 (とられている対策:)				
骨転移	骨転移検査の有無	<input type="checkbox"/> 半年以内の骨シンチ <input type="checkbox"/> 単純レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI (直近の検査日時: 年 月 日)			
骨転移	骨転移の診断	<input type="checkbox"/> 骨転移なし <input type="checkbox"/> 骨転移あり (部位:)			
骨転移	病的骨折のリスク	<input type="checkbox"/> 単純レントゲンで溶骨性変化 <input type="checkbox"/> 骨シンチで異常集積 <input type="checkbox"/> 局所の疼痛			

評価項目・内容(具体的な内容を記載)				具体的アプローチ		
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害(JCS, GCS)・せん妄: <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害: <input type="checkbox"/> 呼吸・循環障害: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害: <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> その他:					
	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)					
	安静度の制限とその理由、活動時のリスク(手術後の合併症、放射線・化学療法中・後の副作用、がんの進行にもなる影響を考慮)					
活動	ADL (B. I に準じる)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)・介助内容	
	食事	10	5	0		
	移乗	15	10	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	5	0	
	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					

評価項目・内容(具体的な内容を記載)	具体的なアプローチ
職業 <input type="checkbox"/> あり(仕事内容:) <input type="checkbox"/> なし 参加 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"/> 無価値観又は自責感 <input type="checkbox"/> 集中力低下又は決断困難 <input type="checkbox"/> 希死念慮 その他:	
同居家族: 家歴: 環境 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・家族へ説明 年 月 日
説明を受けた人: 本人・家族()

署名 _____

説明者: 署名 _____