

# リハビリテーション実施計画書

ID \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日(明・大・昭・平・西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

平成・西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 回目・ \_\_\_\_\_ ヶ月日)

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 喫煙

肥満 高尿酸血症 慢性腎臓病 (CKD) 家族歴 狭心症

陳旧性心筋梗塞 他 ( \_\_\_\_\_ )

標準体重 kg: 目標血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

現在の体重 kg: BMI (18.5~24.9) \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

現在の血圧(又は家庭血圧) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

### 血液検査結果

HbA1c (6.5% 未満) \_\_\_\_\_ %

LDLコレステロール (100mg/dl 未満) \_\_\_\_\_ mg/dl

HDLコレステロール (40mg/dl 以上) \_\_\_\_\_ mg/dl

中性脂肪 (TG: 150mg/dl 以下) \_\_\_\_\_ mg/dl

BNP \_\_\_\_\_ pg/ml

他 ( \_\_\_\_\_ )

心機能: 左室駆出率 (EF) 【正常・低下】 \_\_\_\_\_ %

他所見 ( \_\_\_\_\_ )

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 他 ( \_\_\_\_\_ )

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【有・無】

その他 ( \_\_\_\_\_ )

社会復帰 無職 家事 休職中 発症後退職 退職予定

転職 転職予定 発症後配置転換 現職復帰

・職腫/業務内容/通勤方法 ( \_\_\_\_\_ )

### 本人・家族の希望・回復への目標

### 再発予防・健康維持のための目標

病気への理解 体力向上 食事管理 内服管理

運動習慣の獲得 禁煙 他 ( \_\_\_\_\_ )

### 運動負荷試験結果(運動処方)

運動耐容能【良好・低下】(健康人の \_\_\_\_\_ %: \_\_\_\_\_ 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

その他注意事項 ( \_\_\_\_\_ )

### 再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』 できる 要指導

『家庭血圧・体重測定』 実施している 要支援

『自分に合った運動』 理解している 実践している 要支援

『適切な食事・摂取量』 理解している 実践している 要支援

『正しい服薬』 理解している 服薬忘れなし 要支援

『薬の管理』 自分 家族 ( \_\_\_\_\_ ) 他人 ( \_\_\_\_\_ )

『自身の病気』 不安がない 不安がある

『日常生活活動・復職』 不安がない 不安がある

『余暇・社会活動』 理解している 実践している 要支援

『睡眠』 良好 不良【入眠障害・中途覚醒・他 ( \_\_\_\_\_ )】

『タバコ』 禁煙 受動喫煙 喫煙 ( \_\_\_\_\_ 本) 要支援

『症状出現時の対処法』 理解している 要指導

『 \_\_\_\_\_ 』  ( \_\_\_\_\_ )  ( \_\_\_\_\_ )

『 \_\_\_\_\_ 』  ( \_\_\_\_\_ )  ( \_\_\_\_\_ )

### 多職種による再発予防への取り組み

(支援・指導が必要な項目にチェックをつける)

『運動・日常生活動作について』

担当者/職種: \_\_\_\_\_

呼吸訓練 ストレッチ 筋力増強 ADL訓練 歩行

自転車 他 ( \_\_\_\_\_ )

『食事について』

担当者/職種: \_\_\_\_\_

コメント ( \_\_\_\_\_ )

『お薬について』

担当者/職種: \_\_\_\_\_

コメント ( \_\_\_\_\_ )

『 \_\_\_\_\_ 』

担当者/職種: \_\_\_\_\_

コメント ( \_\_\_\_\_ )

『 \_\_\_\_\_ 』

担当者/職種: \_\_\_\_\_

コメント ( \_\_\_\_\_ )

### 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

本人・家族氏名 \_\_\_\_\_

医師: \_\_\_\_\_ 理学療法士: \_\_\_\_\_

看護師: \_\_\_\_\_ 他職種 ( \_\_\_\_\_ ):