

# リハビリテーション総合実施計画書

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

評価日：平成・西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 回目・ \_\_\_\_\_ ヶ月目)

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  肥満  高尿酸血症  家族歴  喫煙  
 慢性腎臓病 (CKD)  狭心症  陳旧性心筋梗塞  他 ( \_\_\_\_\_ )

標準体重 \_\_\_\_\_ kg： 現在の体重 \_\_\_\_\_ kg： BMI(18.5~25.9) \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>  
目標血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 現在の血圧(又は家庭血圧) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

## 血液検査結果

HbA1c \_\_\_\_\_ %  LDL-C \_\_\_\_\_ mg/dl

HDL-C \_\_\_\_\_ mg/dl  中性脂肪 \_\_\_\_\_ mg/dl

他 ( \_\_\_\_\_ )

心機能  左室駆出率 (EF) 【正常・低下】 \_\_\_\_\_ %  
 他 ( \_\_\_\_\_ )

## 身体機能：

関節可動域制限 (部位： \_\_\_\_\_ )  疼痛 (部位： \_\_\_\_\_ )

筋力低下 (部位： \_\_\_\_\_ )  バランス障害 ( \_\_\_\_\_ )

他 ( \_\_\_\_\_ )

## 運動負荷試験結果 (運動処方)

運動耐容能【良好・低下】 (健常人の \_\_\_\_\_ %： \_\_\_\_\_ 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

他注意事項： \_\_\_\_\_

## 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

説明日：平成・西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 本人・家族氏名 \_\_\_\_\_

医師： \_\_\_\_\_ 理学療法士： \_\_\_\_\_

看護師： \_\_\_\_\_ 他職種 ( \_\_\_\_\_ )： \_\_\_\_\_

参加 無職 家事 休職中 発症後退職 退職予定  
転職 転職予定 配置転換 現職復帰

・職種/業務内容/通勤方法等 ( )  
・余暇・社会活動等 ( )

具体的目標とそのアプローチ:

活動 ・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  
階段昇降 他 ( )  
・入浴 入浴 半身浴 シャワー浴 他 ( )  
・コミュニケーション 問題なし 問題あり ( )  
・他 ( )

具体的目標とそのアプローチ:

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【あり・なし】  
その他 ( )

具体的目標とそのアプローチ: 自宅改造/福祉機器【要・不要】 介護保険サービス【要・不要】

心理 ・自身の病気に対する不安 なし あり (具体的に: )  
・日常社会活動に対する不安 なし あり (具体的に: )  
・睡眠 良好 不良【入眠障害・中途覚醒・他 ( )  
・食欲 良好 減退

具体的目標とそのアプローチ:

第三者の不利 (発病による家族の社会生活変化や健康/心理问题の発生)

なし あり (具体的に: )

具体的目標とそのアプローチ: 家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

再発予防・健康維持・回復のための目標

病気の理解 体力向上 食事管理 内服管理 運動習慣の獲得 禁煙 他 ( )

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 要指導
『家庭血圧・体重測定』	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 要支援
『自分に合った運動』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 実践している <input type="checkbox"/> 要支援
『適切な食事・摂取量』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 実践している <input type="checkbox"/> 要支援
『正しい服薬』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 服薬忘れなし <input type="checkbox"/> 要支援
『薬の管理』	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> 他人 ( )	
『タバコ』	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 受動喫煙 <input type="checkbox"/> 喫煙 ( )	<input type="checkbox"/> 要支援
『症状出現時の対処法』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 要指導
他『 』	<input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( )	

本人・家族の希望