（別紙様式21）

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

□意識障害：(3-3-9：　　)
□認知症：
□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：
□筋力低下（部位，MMT：　　）

□失行・失認：
□音声・発話障害（□構音障害，□失語症：種類　　）
□摂食機能障害：
□排泄機能障害：
□拘縮：
□褥瘡：
□起立性低血圧：

基本動作

立位保持（装具：　　）　□手放し，□つかまり，□不可
平行棒内歩行（装具：　　）　□独立　，□一部介助，□非実施
訓練室内歩行（装具：　　）　□独立　，□一部介助，□非実施

活動

自立度 / ADL・ASL等	日常生活（病棟）実行状況：「している“活動”」 自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容　等	訓練時能力：「できる“活動”」 独立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・場所（訓練室・病棟等） 介助内容等
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 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：□無，□有（時間帯：　　理由　　）
日中座位：□椅子，□車椅子，□ベッド上，□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。）

栄養※

身長[#1]：（　　）cm，体重：（　　）kg，BMI[#1]：（　　）kg/m^2　#1 身長測定が困難な場合は省略可
栄養補給方法（複数選択可）：□経口（□食事，□補助食品）
□経管栄養，□静脈栄養（□末梢，□中心）
嚥下調整食の必要性：□無，□有（学会分類コード：　　）
栄養状態：□問題なし，□低栄養，□低栄養リスク，□過栄養，□その他（　　）
【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】
必要栄養量：（　　）kcal，たんぱく質（　　）g
総摂取栄養量[#2]（経口・経管・静脈全て含む）：（　　）kcal，たんぱく質（　　）g
#2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと（本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入）

目標	本人の希望
	家族の希望
方針	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	