

リハビリテーションを実施するための計画書です。

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		担当医		P T		O T		S T

【医 師 記 入 欄】

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）			
身体機能	☐ 意識障害（3-3-9）： ☐ 痴呆： ☐ 運動麻痺：（弛緩性・痙性・失調性・末梢性・固縮） 右・左 上肢： 手指： 下肢： 体幹： ☐ 関節可動域：部位 ☐ 筋力低下（MMT）：部位		☐ 失語症：種類 ☐ 構音障害： ☐ 音声・発話障害： ☐ 失行・失認： ☐ 摂食機能障害： ☐ 排泄機能障害： ☐ 浮腫：部位 ☐ 褥瘡：部位 ☐ 起立性低血圧：
	基本動作	座位保持： ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 不可 ☐ 非実施 立位保持（装具： ）： ☐ 自立 ☐ 手すり ☐ 不可 ☐ 非実施 平行棒内歩行（装具： ） ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 非実施 訓練室内歩行（杖・装具： ） ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 非実施	
	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	

【理学療法士・作業療法士 記入欄】

		日常生活（病棟）実行状況：「している“活動”」						訓練時能力：「できる“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	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
	屋外歩行														
	病棟トイレへの歩行														
	屋外への車椅子駆動														
	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	☐ 可： ☐ 不可：							☐ 可： ☐ 不可：						
活動度	日中臥床： ☐ 無 ☐ 有（時間帯： 日中座位： ☐ 椅子 ☐ 車椅子 ☐ ベッド ☐ ギャッチアップ							理由：（ ）							
参加	職業（含：主婦・学業）（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）							

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	
-----------	---	---	---	-------	--	-------	--	--------	--