

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		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”」					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・ 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, ☐ キャッチアップ															
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。)									
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								