

リハビリテーション実施計画書

患者氏名:		男・女	生年月日(西暦)		年	月	日	計画評価実施日	年	月	日
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST			
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):				合併症(コントロール状態):				発症前の活動、社会参加:			
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2				痴呆性老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, V, M							

評価項目・内容 (コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)									
心 身 機 能 ・ 構 造	☐ 意識障害 (JCS、GCS): ☐ 運動障害: ☐ 感覚障害: ☐ 摂食障害: ☐ 排泄障害: ☐ 呼吸、循環障害:				☐ 音声・発話障害 (☐ 構音障害, ☐ 失語症:種類) ☐ 関節可動域制限: ☐ 筋力低下: ☐ 褥瘡: ☐ その他:				
	基本動作	寝返り (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助): 起き上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助): 座位 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助): 立ち上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助): 立位 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助):							
活 動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)								
	ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	使用用具(杖、装具)	介助内容		
	食事	10	5	0					
	移乗	15	10 ←監視下						
	座れるが移れない→		5	0					
	整容	5	0	0					
	トイレ動作	10	5	0					
	入浴	5	0	0					
	平地歩行	15	10←歩行器等		歩行:				
	車椅子操作が可能 →		5	0	車椅子:				
	階段	10	5	0					
	更衣	10	5	0					
	排便管理	10	5	0					
	排尿管理	10	5	0					
合計(0~100点)		点							
コミュニケーション									
目標 (一ヶ月後、退院時):				本人・家族の希望:					
リハビリテーションの治療方針:									
目標到達予想時期:								説明者署名:	
本人・家族への説明: 年 月 日				説明を受けた人:本人、家族() 署名:					