

(別紙様式21の6)

事業所番号

リハビリテーション計画書

入院 外来 / 訪問 通所

計画作成日: 平成 年 月 日

氏名:

性別:

生年月日: 年 月 日 (歳)

要支援 要介護

リハビリテーション担当医:

担当:

(CPT OT ST 看護職員 その他従事者)

本人の希望(したい又はできるようにになりたい生活の希望等)	家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等)
-------------------------------	---------------------------------

**■ 既往歴・経過**

原因疾患: 発症日・受傷日: 年 月 日 最近の入院日: 年 月 日 最近の退院日: 年 月 日

治療経過(手術がある場合は手術日・術式):

合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等):

これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等):

目標設定書・管理シート: あり なし

日常生活自立度(JL, Q1, A1, A2, B1, B2, G1, G2)

認知症である本人の日常生活自立度判定基準(※参考): I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M

**■ 心身機能・機能**

項目	現在の状況	活動への支障	将来の見込み(※)
筋力低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
感覚機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
関節可動域制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
腸胃腸下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
失平衡・傾倒障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
見当障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
その他の高次脳機能障害( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
精神行動障害(BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

**■ 活動(基本動作、移動能力、認知機能等)**

項目	現在の状況	将来の見込み(※)
搬送	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
立ち上がり	いすから	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	床から	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
6分間歩行試験		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
Timed Up & Go Test		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
IMMSE		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
HDS-R		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
原簿管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
コミュニケーションの状況		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

**■ 環境因子(※課題ありの場合) 現状と将来の見込みについて記載する**

課題	状況	現状	将来の見込み
家族	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同居( )		
福祉用具等	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 杖具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未調整	
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅:居住階(階) <input type="checkbox"/> 階段、エレベーター <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所: ) <input type="checkbox"/> 食卓(口座卓 <input type="checkbox"/> テーブルいす) <input type="checkbox"/> トイレ(口洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 改善中 <input type="checkbox"/> 未調整	
自宅周辺			
社会参加			
交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無		
サービスの利用			
その他			

**■ 活動(ADL)(※「している」状況について記載する)**

項目	自立	一部介助	全介助	将来の見込み(※)
食事	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
イスとベッド間の移乗	15	10	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
移乗	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
トイレ動作	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
入浴	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
平地歩行	15	10	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
階段昇降	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
更衣	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
排便コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
排尿コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

**■ 社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)**

家庭内の役割の内容	
余暇活動(内容および頻度)	
社会地域活動(内容および頻度)	
リハビリテーション終了後にやりたい社会参加等の取組	

**■ リハビリテーションの目標**

(長期)

(短期(今後3ヶ月間))

**■ リハビリテーション実施上の留意点**  
(開始前・実施中の留意事項、運動強度・負荷量等)

**■ リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)**

**■ リハビリテーション終了の目安・時期**

利用者・ご家族への説明: 平成 年 月 日

本人のサイン:

実施サイン:

説明者サイン:

特記事項: