

運動器リハビリテーション実施計画書(1)

評価年月日 年 月 日(回目) 説明年月日 年 月 日

患者氏名	様	男・女	M・T・S・H 年 月 日生
疾患・障害名	病名 (発症日・手術日・急性増悪日 年 月 日)		
リハビリ開始日	平成 年 月 日	有効期間	一回限り・2週・1月・2月・3月
日常生活自立度	J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2	認知症老人の日常生活自立度	I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M
発症からの治療経過			
期限超の継続理由			
主目標	<input type="checkbox"/> 移動能力向上 <input type="checkbox"/> 上肢機能向上 <input type="checkbox"/> ADL自立度向上 <input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 体力増進 <input type="checkbox"/> 生活習慣病対策 <input type="checkbox"/> その他()		
機能状態	身長()cm 体重()kg 血圧(/)mmHg 脈拍()/分		
(機能不全の程度)	運動障害	可動域() 筋力() 持久力() 変形() 関節不安定性() 発達遅れ() 単麻痺() 片麻痺() 対麻痺() 四肢麻痺()	
		痛み	100mmVAS:()mm
	感覚障害	触覚() 温度覚() 振動覚() しびれ()	
日常生活活動	1:不自由なし 2:不自由だが聞かない 3:不自由で困る 4:できない 5:していない	寝返り() 起き上がり() 歩行() 階段昇降() 床からの立ち上がり() 食事() 排泄() 更衣() 下衣の上げ下げ() 尿禁制() 便禁制() 被りシャツの着脱() 洗顔() 歯磨き() 入浴() 洗髪() 結帯動作() 家事() 炊事() 外出() 公共交通機関の利用() 通学() 通勤() スポーツ() 旅行() 余暇活動()	
機能テスト	<input type="checkbox"/> 握力 右()kg 左()kg <input type="checkbox"/> 開眼片脚起立時間 右()秒 左()秒 <input type="checkbox"/> 3mTUG()秒 <input type="checkbox"/> その他()		
使用器具等	種類	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 上肢装具 <input type="checkbox"/> 頸椎装具 <input type="checkbox"/> 体幹装具 <input type="checkbox"/> 下肢装具 <input type="checkbox"/> サポーター	
	必要の度合い	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 時々	
併存症または既往歴	<input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 変形性関節症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 過去1年間の転倒()回		
日常生活活動	ADLスコア	<input type="checkbox"/> Barthel Index() <input type="checkbox"/> 老研式活動能力指標() <input type="checkbox"/> その他()	
改善度	1:完全によい 2:かなりよくなった 3:少しよくなった 4:変わらない 5:悪化した		
禁忌または注意事項			
治療内容	治療部位	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 肩甲帯 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 骨盤帯 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節・足部 <input type="checkbox"/> 四肢・体幹	
	運動療法	<input type="checkbox"/> 可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強 <input type="checkbox"/> ストレッチング <input type="checkbox"/> 有酸素運動 <input type="checkbox"/> その他()	
	体操療法	<input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> バランス <input type="checkbox"/> その他	
	動作訓練	<input type="checkbox"/> 床上動作 <input type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 歩行(独歩・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 階段昇降 <input type="checkbox"/> 車いす操作 <input type="checkbox"/> 義肢装着 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 上肢機能訓練 <input type="checkbox"/> 職業前 <input type="checkbox"/> 気晴らし的 <input type="checkbox"/> その他()	
	物理療法	<input type="checkbox"/> ホットパック <input type="checkbox"/> 低周波 <input type="checkbox"/> 光線 <input type="checkbox"/> 水治 <input type="checkbox"/> 牽引(kg) <input type="checkbox"/> マイクロ波 <input type="checkbox"/> その他()	
指導			
処方	治療期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)	治療頻度()日/週	
	運動強度(目標心拍数:)ボルグ指数()	治療時間()単位/日	
説明と同意	(医師) (リハビリテーション担当者)		
	署名 (ご本人またはご家族)		

運動器リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望(年 月 日)
ご家族の希望(年 月 日)

生活目標	その人らしく生活するためのポイント
リハビリテーションプログラム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み

ご本人に行ってもらいたいこと
ご家族にお願いしたいこと
病気との関係で気をつけること

前回計画書作成時からの改善・変化等(月 日)

備考

担当チーム
担当医:
●PT・OT・ST : ()、()、()、()
●看護・介護 : ()、()、()、()
● : ()、()、()、()

□内は職種を記入

本計画書に記載されている情報は、適切な医療・介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。