

# 運動器リハビリテーション総合実施計画書（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	認知症性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 (機能不全の程度) 1：軽度 2：中等度 3：重度	身長( ) cm 体重( ) kg 血圧( / ) mmHg 脈拍( ) /分 BMI( )			
	運動障害	可動域( ) 筋力( ) 持久力( ) 変形( ) 関節不安定性( ) 発達の遅れ( ) 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 寝返り( ) 起き上がり( ) 歩行( ) 階段昇降( ) 床からの立ち上がり( ) 2：不自由だが困らない 食事( ) 排泄( ) 更衣( ) 下衣の上げ下げ( ) 尿禁制( ) 3：不自由で困る ( ) 便禁制( ) 被りシャツの着脱( ) 洗顔( ) 4：できない 歯磨き( ) 入浴( ) 洗髪( ) 5：していない 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( )			
使用装具等	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(部位： ) <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"/> ロコモ25( )		
栄養障害	現状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 活動への影響 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 将来の見込み <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 栄養障害ありの場合(下記を記入) 必要栄養量( ) kcal タンパク質( ) g			
環境	同居 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 家屋、周囲の状況など( )			
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"/> 肩甲骨 <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"/> 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総合実施計画書(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
心理・機能障害改善：
最終的な改善目標
改善までの見込期間

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