

(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：_____様 性別：(男/女) 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：_____ (□PT □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)

■健康状態、経過

原因疾病： _____ 発症日・受傷日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の入院日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の退院日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

治療経過(手術がある場合は手術日・術式等)： _____

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)： _____

目標設定等支援・管理シート：☐あり ☐なし

日常生活自立度：J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2

認知症である老人の日常生活自立度判定基準(※●)：Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴ

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	将来の見込み(※)
筋力低下	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
麻痺	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
感覚機能障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
関節可動域制限	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
摂食嚥下障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
失語症・構音障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
見当識障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
記憶障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
その他の 高次脳機能障害 (_____)	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
栄養障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
褥瘡	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
疼痛	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
精神行動障害 (BPSD)	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 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

■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
家族	☐ 独居 ☐ 同居(_____)
福祉用具等	☐ 杖 ☐ 装具 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ 手すり ☐ ベッド ☐ ポータブルトイレ ☐ 調整 ☐ 済 ☐ 未調整
住環境	☐ 一戸建 ☐ 集合住宅：居住階(_____)階 ☐ 階段、 ☐ エレベータ ☐ 手すり(設置場所：_____) ☐ 食卓(□座卓 □テーブル・いす) ☐ トイレ(□洋式 □和式 □ポータブルトイレ) ☐ 調整 ☐ 済 ☐ 改修中 ☐ 未調整
自宅周辺	☐
社会参加	☐
交通機関の利用	☐ 有(_____) ☐ 無
サービスの利用	☐
その他	☐

■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・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■活動(基本動作、移動能力、認知機能等)

	現在の状況	将来の見込み(※)
寝返り	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
起き上がり	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
座位	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
立ち上がり	いすから	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
	床から	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
立位保持	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
☐ 6分間歩行試験 ☐ Timed Up & Go Test		☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
☐ MMSE ☐ HDS-R		☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
服薬管理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
コミュニケーションの状況		☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化

■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	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
イスとベッド間の 移乗	15	10 ← 監視下 座れるが移れない→5	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
整容	5	0	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
トイレ動作	10	5	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
入浴	5	0	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
平地歩行	15	10 ← 歩行器等 車椅子操作が可能→5	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
階段昇降	10	5	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
更衣	10	5	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
排便コントロール	10	5	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
排尿コントロール	10	5	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
合計点				

※「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 行いたい社会参加等の取組	

■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： _____

家族サイン： _____

説明者サイン： _____

特記事項： _____