

リハビリテーション総合実施計画書

ID 100

患者氏名	長崎 太郎	性別	男	生年月日	1932/12/20	計画評価実施日	平成32年11月01日
算定病名	頸椎椎間板症	治療内容	マイオセラピー、筋力強化、ROMex <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法			発症日・手術日	平成28年12月14日
						リハ開始日	平成28年12月14日
併存疾患・合併症		安静度・リスク		禁忌・特記事項			
○○○○○○○○○		○○○○○○○○○		○○○○○○○○○			

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載

<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 意識障害 ( JCS ○○○○○○○○ )</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 呼吸機能障害 → <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( ○○ ) L/ml <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人口呼吸器</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 循環障害 → <input type="checkbox"/> BF ( ○○ ) % <input type="checkbox"/> 不整脈</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 危険因子 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 <input checked="" type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 狭心症</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 ( ○○○○○○○○ )</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 栄養障害 ( ○○○○○○○○ )</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 排泄機能障害 ( ○○○○○○○○ )</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡 ( ○○○○○○○○ )</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 疼痛 ( 原疾患に伴う中等度の疼痛あり )</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> その他 ( ○○○○○○○○ )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域制限 ( 原疾患に伴う軽度~中等度の制限あり )</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 拘縮・変形 ( ○○○○○○○○ )</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 筋力低下 ( 原疾患に伴う軽度~中等度の低下あり )</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 運動機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パーキンソンズム</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 筋緊張異常 ( ○○○○○○○○ )</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 感覚機能障害 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 表在覚 <input type="checkbox"/> 深部覚</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 音声・発話障害 <input checked="" type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 ( ○○○○○○ )</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 遂行</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 精神行動障害 ( ○○○○○○○○ )</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 見当識障害 ( ○○○○○○○○ )</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 ( ○○○○○○○○ )</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 発達障害 <input checked="" type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害</li> </ul>
---	---

基本動作

<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 寝返り <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 起き上がり <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 立ち上がり <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 座位保持 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 立位保持 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> その他 ( ○○○○○○○○ )</li> </ul>
---	--

日常生活活動（実行状況） ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載

	項目	得点 開始時 → 現在		使用用具及び 介助内容等	
		BI			
運動	セルフケア	食事	◎ 10 ○ 5 ○ 0	→ ◎ 10 ○ 5 ○ 0	○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○
		整容	◎ 5 ○ 0	→ ◎ 5 ○ 0	
		清拭・入浴	◎ 5 ○ 0	→ ◎ 5 ○ 0	
		更衣	◎ 10 ○ 5 ○ 0	→ ◎ 10 ○ 5 ○ 0	
		トイレ	◎ 10 ○ 5 ○ 0	→ ◎ 10 ○ 5 ○ 0	
	排泄	排尿コントロール	◎ 10 ○ 5 ○ 0	→ ◎ 10 ○ 5 ○ 0	
		排便コントロール	◎ 10 ○ 5 ○ 0	→ ◎ 10 ○ 5 ○ 0	
	移乗	移乗動作	◎ 15 ○ 10 ○ 5 ○ 0	→ ◎ 15 ○ 10 ○ 5 ○ 0	
	移動	歩行 (杖・装具: )	◎ 15 ○ 10 ○ 5 ○ 0	→ ◎ 15 ○ 10 ○ 5 ○ 0	
		階段	◎ 10 ○ 5 ○ 0	→ ◎ 10 ○ 5 ○ 0	
小計 BI (0-100店)		100	→ 100		

社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ

<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 要介護状態区分等 <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ○○ 種 ○○ 級</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳 ○○ 級</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手帳 ○○ 障害程度</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> その他 ○○○○○○○ ○○○</li> </ul>
目標 (1ヶ月) 疼痛の軽減に伴う身体活動の増加	目標 (終了時) 疼痛の消失	<input type="checkbox"/> 予定入院期間 <input type="checkbox"/> 退院先 <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要		
治療方針 (リハビリテーション実施方針) 疼痛軽減を目指し運動療法を中心に実施します。	治療内容 (リハビリテーション実施内容) マイオセラピー、筋力強化、ROMex			
リハ担当医: _____ 主治医: ○○○○ 理学療法士: ○○○○ 作業療法士: ○○○○ 看護師: ○○○○ 説明者署名	説明を受けた人: ○○ 説明日: 平成32年11月01日 署名			

