

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女				年生 (歳)		計画評価実施日 年 月 日									
リハ担当医		PT		OT		ST										
原因疾患(発症・受傷日)					合併疾患・コントロール状態(高血圧, 心疾患, 糖尿病等)											
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)																
心身機能・構造	☐ 意識障害:(3-3-9: ☐ 認知症: ☐ 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: ☐ 筋力低下(部位, MMT:)					☐ 失行・失認: ☐ 音声・発話障害(☐ 構音障害, ☐ 失語症:種類) ☐ 摂食機能障害: ☐ 排泄機能障害: ☐ 拘縮: ☐ 褥瘡: ☐ 起立性低血圧:										
	基本動作 立位保持(装具:) ☐ 手放し, ☐ つかまり, ☐ 不可 平行棒内歩行(装具:) ☐ 独立, ☐ 一部介助, ☐ 非実施 訓練室内歩行(装具:) ☐ 独立, ☐ 一部介助, ☐ 非実施															
活動	自立度		日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」				訓練時能力:「できる“活動”」									
	ADL・ASL等		自 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容等	独 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	使用用具 杖・装具	姿勢・ 場所(訓練室・病棟等) 介助内容等
	屋外歩行															
	病棟トイレへの歩行															
	病棟トイレへの車椅子駆動															
	車椅子・ベッド間移乗															
	椅子座位保持															
	ベッド起き上がり															
	排尿(昼)															
	排尿(夜)															
食事																
整容																
更衣																
装具・靴の着脱																
入浴																
コミュニケーション																
活動度		日中臥床: ☐ 無, ☐ 有(時間帯: 理由) 日中座位: ☐ 椅子, ☐ 車椅子, ☐ ベッド上, ☐ ギャッチアップ														
参加	職業 (含:主婦・学生) (職種・業種・仕事内容:)					社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。)										
栄養※	身長 ^{#1} : ()cm, 体重: ()kg, BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): ☐ 経口(☐ 食事, ☐ 補助食品) ☐ 経管栄養, ☐ 静脈栄養(☐ 末梢, ☐ 中心) 嚥下調整食の必要性: ☐ 無, ☐ 有(学会分類コード:) 栄養状態: ☐ 問題なし, ☐ 低栄養, ☐ 低栄養リスク, ☐ 過栄養, ☐ その他() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal, たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可															
	※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)															
目標					本人の希望											
					家族の希望											
方針					リハビリテーション終了の目安・時期											
本人・家族への説明		年 月 日		本人サイン				家族サイン				説明者サイン				

リハビリテーション実施計画書

患者氏名:		男・女		生年月日(西暦)		年		月		日		計画評価実施日		年		月		日			
主治医				リハ担当医				PT				OT				ST					
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):						合併症(コントロール状態):						発症前の活動、社会参加:									
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2						認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M															
※回復期リハビリテーション病棟入院料 ¹ を算定する場合は、管理栄養士の氏名を上表に記入の上、下表の「栄養」欄も必ず記入のこと。																					
評価項目・内容 (コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)																					
心 身 機 能 ・ 構 造	☐ 意識障害 (JCS、GCS): ☐ 運動障害: ☐ 感覚障害: ☐ 摂食障害: ☐ 排泄障害: ☐ 呼吸、循環障害:										☐ 音声・発話障害 (☐ 構音障害, ☐ 失語症:種類) ☐ 関節可動域制限: ☐ 筋力低下: ☐ 褥瘡: ☐ その他:										
	基本動作 寝返り (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助): 起き上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助): 座位 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助): 立ち上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助): 立位 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助):																				
活 動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)																				
	ADL (B. I.)		自立	一部 介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容		使用用具(杖、装具)		介助内容											
	食事		10	5	0																
	移乗		15	10 ←監視下																	
	座れるが移れない→		5		0																
	整容		5	0	0																
	トイレ動作		10	5	0																
	入浴		5	0	0																
	平地歩行		15	10←歩行器等		歩行:															
	車椅子操作が可能		→ 5		0	車椅子:															
	階段		10	5	0																
	更衣		10	5	0																
	排便管理		10	5	0																
	排尿管理		10	5	0																
合計(0~100点)		点																			
コミュニケーション																					
栄 養	身長 ^{#1} : ()cm, 体重: ()kg, BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): ☐ 経口(☐ 食事 ☐ 補助食品) ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養(☐ 末梢 ☐ 中心) 嚥下調整食の必要性: ☐ 無, ☐ 有(学会分類コード:) 栄養状態: ☐ 問題なし ☐ 低栄養 ☐ 低栄養リスク ☐ 過栄養 ☐ その他() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal, たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可																				
	目標 (1ヶ月後、退院時):										本人・家族の希望:										
リハビリテーションの治療方針:																					
目標到達予想時期:															説明者署名:						
本人・家族への説明: 年 月 日										説明を受けた人:本人、家族() 署名:											

リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日 年 月 日(歳) 要介護度:

健康状態(原因疾患, 発症・受傷日等)	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)	心身機能 □運動機能障害: [] □感覚機能障害: [] □高次脳機能障害: [] □拘縮:(部位) □関節痛:(部位) □その他() []
参加 主目標 (コロンの:)の後に具体的内容を記入)		
退院先 □自宅 □その他: □退院未定		
家庭内役割(家事への参加、等):		
社会活動:		
外出(内容・頻度等):		
余暇活動(内容・頻度等):		
退院後利用資源:		認知症に関する評価

自立・介護 状況 項目		現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
		自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたい・もたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動												
	階段昇降												
	屋内移動												
	屋外移動												
	食事												
	排泄(昼)												
	排泄(夜)												
	整容												
	更衣												
	入浴												
	コミュニケーション												
	家事												
	外出												

自立・介護 状況 項目		現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
		自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたい・もたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り												
	起きあがり												
	座位												
	立ち上がり												
	立位												
摂食・嚥下													

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: (A) 目標 (B) 実行状況 (C) 能力

栄養※	身長 ^{#1} : ()cm, 体重: ()kg, BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養状態: ☐ 問題なし, ☐ 低栄養, ☐ 低栄養リスク, ☐ 過栄養, ☐ その他 () 栄養補給方法(複数選択可): ☐ 経口 (☐ 食事, ☐ 補助食品), ☐ 経管栄養, ☐ 静脈栄養 (☐ 末梢, ☐ 中心) 嚥下調整食の必要性: ☐ 無, ☐ 有 (学会分類コード:) 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal, たんぱく質 ()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質 ()g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可
-----	--

※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記人のこと(リハビリテーション実施計画書(2)の担当者一覧に管理栄養士の氏名も記載)

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ふこと

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

ご本人・ご家族への説明と同意: 年 月 日

ご本人サイン: ご家族サイン: 説明者サイン: _____

注: 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。

リハビリテーション 実施計画書

ID:		評価日(開始日): 年 月 日	
患者氏名:		男・女	生年月日 年 月 日 (歳)
主治医・説明医師:		リハ担当医:	看護師:
理学療法士:		他職種()	
診 断 名	合 併 症		
入 院 日	年 月 日	発 症 日	年 月 日(頃)
手 術 日	年 月 日	治療法(術式)	
冠危険因子 (既往歴)	☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 糖尿病 ☐ 高尿酸血症 ☐ 慢性腎臓病(CKD) ☐ 肥満 ☐ 喫煙 ☐ 陳旧性心筋梗塞 ☐ 狭心症 ☐ 家族歴 ☐ その他()		
活動時のリスク	心機能	☐ 正常 ☐ 低下 (EF %)	関節可動域制限 ☐ 無 ☐ 有()
	不整脈	☐ 無 ☐ 有()	虚血(残存狭窄) ☐ 無 ☐ 有()
	その他		
栄 養 *	身長 ^{#1} : ()cm, 体重: ()kg, BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): ☐ 経口(☐ 食事 ☐ 補助食品) ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養(☐ 末梢 ☐ 中心) 嚥下調整食の必要性: ☐ 無 ☐ 有(学会分類コード:) 栄養状態: ☐ 問題なし ☐ 低栄養 ☐ 低栄養リスク ☐ 過栄養 ☐ その他() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal, たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可		
*回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)			
日 常 生 活 (病 棟) の 自 立 度 (実 際 に 行 っ て い る 活 動)			
安 静 度	☐ ベッド上 ☐ 車椅子 ☐ 室内歩行 ☐ 病棟内歩行 ☐ 院内歩行 ☐ 屋外歩行		
起 居	☐ 自立 ☐ 監視下 ☐ 介助 ※備考: ()		
歩行(移動)	☐ 自立 ☐ 監視下 ☐ 介助 ☐ 未実施 ※備考: ☐ 歩行 ☐ 杖・歩行器 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー		
ベッドから車椅子(ストレッチャー)への移乗	☐ 自立 ☐ 監視下 ☐ 介助 ☐ 未実施 ※備考: ()		
食 事	☐ 自立 ☐ 監視下 ☐ 介助 ☐ 未実施 ※備考: ()		
更 衣	☐ 自立 ☐ 監視下 ☐ 介助 ※備考: ☐ 点滴有 ☐ 点滴無 ☐ その他()		
排 泄(排尿)	☐ 自立 ☐ 監視下 ☐ 介助 ※備考: ☐ 車椅子トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ ベッド上 ☐ 尿バルーン留置 ☐ その他()		
排 泄(排便)	☐ 自立 ☐ 監視下 ☐ 介助 ※備考: ☐ 車椅子トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ ベッド上		
清 潔	☐ 自立 ☐ 監視下 ☐ 介助 ※備考: ☐ 入浴 ☐ シャワー ☐ 洗髪 ☐ 清拭		
コミュニケーション (意思伝達)	☐ 成立 ☐ やや困難 ☐ 困難 ※備考: ()		
環 境	☐ 独居 ☐ 同居() ☐ 一戸建 ☐ 集合住宅		居住階()階:エレベーター ☐ 無 ☐ 有
職 業	☐ 無職 ☐ 家事 ☐ 事務仕事 ☐ 肉体仕事		職種・通勤方法等
再発予防・健康維持のための目標	☐ 病気への理解 ☐ 内服管理 ☐ 食事管理 ☐ 運動習慣の獲得 ☐ 体力向上 ☐ 禁煙 ☐ その他 ()		
本人・家族の希望・目標			
運 動 目 標・方 針(負 荷 試 験) と 運 動 内 容 (以下、チェックした項目を順に行っていく予定)			
開始日(起算日)	年 月 日	予 定 期 間	
運動目標・方針 (負荷試験)	☐ 立位・ベッド周囲歩行 ☐ 50m歩行 ☐ 100m歩行 ☐ 200m歩行 ☐ 500m歩行 ☐ ()m歩行 ☐ トレッドミル運動負荷試験 ☐ 自転車エルゴメータ運動負荷試験 ☐ 6分間歩行試験 ☐ その他() ※備考: ()		
運動内容・処方	☐ 呼吸訓練 ☐ ストレッチ ☐ 筋力増強 ☐ 日常生活動作 ☐ 歩行 ☐ 自転車 ☐ その他() ※運動処方: ()		
上記について説明を受けました。 年 月 日			
本人・家族氏名			

(別紙様式21の5)

リハビリテーション実施計画書

ID	患者氏名	男・女	生年月日（明・大・昭・平・西暦）	年	月	日	前
平成・西暦 年 月 日（ 回目・ ヶ月目）							
診断名：				再発防止に対する理解と支援・指導の必要性			
発症日： (頃)・手術日：				『自己検脈』 ☐ できる ☐ 要指導			
治療内容(術式)：				『家庭血圧・体重測定』 ☐ 実施している ☐ 要支援			
合併症：				『自分に合った運動』 ☐ 理解している ☐ 実践している ☐ 要支援			
冠危険因子(既往)： ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 糖尿病 ☐ 喫煙				『適切な食事・摂取量』 ☐ 理解している ☐ 実践している ☐ 要支援			
☐ 肥満 ☐ 高尿酸血症 ☐ 慢性腎臓病（CKD） ☐ 家族歴 ☐ 狭心症				『正しい服薬』 ☐ 理解している ☐ 服薬忘れなし ☐ 要支援			
☐ 陳旧性心筋梗塞 ☐ 他（ ）				『薬の管理』 ☐ 自分 ☐ 家族（ ） ☐ 他人（ ）			
標準体重 kg： 目標血圧 / mmHg				『自身の病気』 ☐ 不安がない ☐ 不安がある			
現在の体重 kg： BMI（18.5～24.9） kg/m ²				『日常生活活動・復職』 ☐ 不安がない ☐ 不安がある			
現在の血圧(又は家庭血圧) / mmHg				『余暇・社会活動』 ☐ 理解している ☐ 実践している ☐ 要支援			
血液検査結果				『睡眠』 ☐ 良好 ☐ 不良【入眠障害・中途覚醒・他】			
☐ HbA1c（6.5% 未満） %				『タバコ』 ☐ 禁煙 ☐ 受動喫煙 ☐ 喫煙（ 本） ☐ 要支援			
☐ LDLコレステロール（100mg/dl 未満） mg/dl				『症状出現時の対処法』 ☐ 理解している ☐ 要指導			
☐ HDLコレステロール（40mg/dl 以上） mg/dl				『 』 ☐ （ ） ☐ （ ）			
☐ 中性脂肪（TG：150mg/dl 以下） mg/dl				『 』 ☐ （ ） ☐ （ ）			
☐ BNP pg/ml				多職種による再発予防への取り組み			
☐ 他（ ）				（支援・指導が必要な項目にチェックをつける）			
心機能：左室駆出率（EF）【正常・低下】 %				☐ 『運動・日常生活動作について』			
他所見（ ）				担当者/職種:			
ADL ☐ 車椅子【自立・他人操作】 ☐ 介助歩行 ☐ 杖歩行				☐ 呼吸訓練 ☐ ストレッチ ☐ 筋力増強 ☐ ADL訓練 ☐ 歩行			
☐ 屋内歩行 ☐ 屋外歩行 ☐ 他（ ）				☐ 自転車 ☐ 他（ ）			
栄養※ 栄養補給方法： ☐ 経口（ ☐ 食事 ☐ 補助食品）				☐ 『栄養・食事について』			
（複数選択可） ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養（ ☐ 末梢 ☐ 中心）				担当者/職種:			
嚥下調整食の必要性： ☐ 無 ☐ 有（学会分類コード： ）				3ヶ月（ ）			
栄養状態： ☐ 問題なし ☐ 低栄養 ☐ 低栄養リスク				☐ 『お薬について』			
☐ 過栄養 ☐ その他（ ）				担当者/職種:			
【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】				3ヶ月（ ）			
必要栄養量：（ ）kcal, たんぱく質（ ）g				☐ 『 』			
総摂取栄養量 [#] ：（ ）kcal, たんぱく質（ ）g				担当者/職種:			
（経口・経管・静脈全て含む）				3ヶ月（ ）			
[#] 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可				☐ 『 』			
※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと。 （右列の『栄養・食事について』の欄にも、担当管理栄養士の氏名とコメントを記入）				担当者/職種:			
環境 ☐ 独居 ☐ 同居（ ） 家族の協力体制【あり・困難】				3ヶ月（ ）			
☐ 一戸建【平屋・2階以上】				☐ 『 』			
☐ 集合住宅: 階居住, エレベーター【有・無】				担当者/職種:			
☐ その他（ ）				3ヶ月（ ）			
社会復帰 ☐ 無職 ☐ 家事 ☐ 休職中 ☐ 発症後退職 ☐ 退職予定				今後の運動療法継続について			
☐ 転職 ☐ 転職予定 ☐ 発症後配置転換 ☐ 現職復帰				☐ 当院にて ☐ 自宅にて ☐ 他施設にて（ ）			
☐ ・職種/業務内容/通勤方法等				今後の検査・期間等について			
本人・家族の希望・回復への目標							
再発予防・健康維持のための目標				本人・家族氏名			
☐ 病気への理解 ☐ 体力向上 ☐ 食事管理 ☐ 内服管理				医師： 理学療法士：			
☐ 運動習慣の獲得 ☐ 禁煙 ☐ 他（ ）				看護師： 他職種（ ）：			
運動負荷試験結果（運動処方） / mmHg							
運動耐容能【良好・不良】 W 分 回/週							
運動処方（脈拍） km/h 分 回/週							
自転車							
歩行							
その他注意事項（ ）							

(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
	床から	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
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：		

(別紙様式22)

廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院	外来
生年月日	年 月 日 (歳)	入院日	年 月 日
主傷病		廃用症候群の診断日	年 月 日
要介護度	要介護 ・ 要支援	リハビリテーション起算日	年 月 日

算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)				廃用症候群リハビリテーション料 I ・ II ・ III			
1	廃用を生じる契機となった疾患等						
2	廃用に至った経緯等						
3	手術の有無				有 ・ 無		
	手術名						
	手術年月日				年 月 日		
4	治療開始時のADL			BI	点	FIM	点
	月毎の評価点数 (BI又はFIM どちらかを記入)		月	BI	点	FIM	点
			月	BI	点	FIM	点
			月	BI	点	FIM	点
			月	BI	点	FIM	点
			月	BI	点	FIM	点
			月	BI	点	FIM	点
5	一月当たりの リハビリテーション	実施 日数	日				
		提供 単位数	単位				
6	リハビリテーションの内容			具体的に記載すること			
7	改善に要する見込み期間			☐ 2週間以内 ☐ 2週間から1ヶ月 ☐ 1ヶ月から3ヶ月 ☐ 3ヶ月から6ヶ月 ☐ 6ヶ月以上			
8	前回の評価からの 改善や変化			-1 0 1 2 3 ————— ————— ————— ————— 悪化 維持 改善大 BI・FIMで()点程度の改善			

〔記載上の注意〕

- 「1」の要因については、別紙疾病分類表より疾病コードを記載するとともに、発症時期や治療の有無、治療内容等について記載すること。
- 「2」の廃用に至った経緯等については、「1」の疾患によって安静を余儀なくされた理由、安静の程度、安静期間の長さ等を含めて記載すること。
- 「4」の月毎の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。
- 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。

疾病コードと疾病分類の対応表

感染症及び寄生虫症		
001 腸管感染症	041 屈折及び調節の障害	084 その他の消化器系の疾患
002 結核	042 その他の眼及び付属器の疾患	皮膚及び皮下組織の疾患
003 主として性的伝播様式をとる感染症	耳及び乳様突起の疾患	085 皮膚及び皮下組織の感染症
004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	043 外耳炎	086 皮膚炎及び湿疹
005 ウイルス肝炎	044 その他の外耳疾患	087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患
006 その他のウイルス疾患	045 中耳炎	筋骨格系及び結合組織の疾患
007 真菌症	046 その他の中耳及び乳様突起の疾患	088 炎症性多発性関節障害
008 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	047 メニエール病	089 関節症
009 その他の感染症及び寄生虫症	048 その他の内耳疾患	090 脊椎障害(脊椎症を含む)
	049 その他の耳疾患	091 椎間板障害
新生物	循環器系の疾患	092 頸腕症候群
010 胃の悪性新生物	050 高血圧性疾患	093 腰痛症及び坐骨神経痛
011 結腸の悪性新生物	051 虚血性心疾患	094 その他の脊柱障害
012 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	052 その他の心疾患	095 肩の傷害<損傷>
013 肝及び肝内胆管の悪性新生物	053 くも膜下出血	096 骨の密度及び構造の障害
014 気管、気管支及び肺の悪性新生物	054 脳内出血	097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
015 乳房の悪性新生物	055 脳梗塞	腎尿路生殖器系の疾患
016 子宮の悪性新生物	056 脳動脈硬化(症)	098 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患
017 悪性リンパ腫	057 その他の脳血管疾患	099 腎不全
018 白血病	058 動脈硬化(症)	100 尿路結石症
019 その他の悪性新生物	059 痔核	101 その他の腎尿路系の疾患
020 良性新生物及びその他の新生物	060 低血圧(症)	102 前立腺肥大(症)
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	061 その他の循環器系の疾患	103 その他の男性生殖器の疾患
021 貧血	呼吸器系の疾患	104 月経障害及び閉経周辺期障害
022 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	062 急性鼻咽頭炎[かぜ]<感冒>	105 乳房及びその他の女性生殖器の疾患
内分泌、栄養及び代謝疾患	063 急性咽頭炎及び急性扁桃炎	妊娠、分娩及び産じょく
023 甲状腺障害	064 その他の急性上気道感染症	106 流産
024 糖尿病	065 肺炎	107 妊娠高血圧症候群
025 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	066 急性気管支炎及び急性細気管支炎	108 単胎自然分娩
精神及び行動の障害	067 アレルギー性鼻炎	109 その他の妊娠、分娩及び産じょく
026 血管性及び詳細不明の認知症	068 慢性副鼻腔炎	周産期に発生した病態
027 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	069 急性又は慢性と明示されない気管支炎	110 妊娠及び胎児発育に関連する障害
028 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	070 慢性閉塞性肺疾患	111 その他の周産期に発生した病態
029 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	071 喘息	先天奇形、変形及び染色体異常
030 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	072 その他の呼吸器系の疾患	112 心臓の先天奇形
031 知的障害<精神遅滞>	消化器系の疾患	113 その他の先天奇形、変形及び染色体異常
032 その他の精神及び行動の障害	073 う蝕	症状、徴候及び異常所見等で他に分類されないもの
神経系の疾患	074 歯肉炎及び歯周疾患	114 症状、徴候及び異常所見等で他に分類されないもの
033 パーキンソン病	075 その他の歯及び歯の支持組織の障害	損傷、中毒及びその他の外因の影響
034 アルツハイマー病	076 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	115 骨折
035 てんかん	077 胃炎及び十二指腸炎	116 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
036 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	078 アルコール性肝疾患	117 熱傷及び腐食
037 自律神経系の障害	079 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	118 中毒
038 その他の神経系の疾患	080 肝硬変(アルコール性のものを除く)	119 その他の損傷及びその他の外因の影響
眼及び付属器の疾患	081 その他の肝疾患	
039 結膜炎	082 胆石症及び胆のう炎	
040 白内障	083 膝疾患	

(別紙様式23)

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日 年 月 日

患者氏名	男・女		生年月日(明・大・昭・平)		年 月 日(歳)		利き手	右・右(矯正)・左								
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護	SW等										
原因疾患(発症・受傷日)		合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 糖尿病等)		廃用症候群 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度 ☐ 起立性低血圧 ☐ 静脈血栓		リハビリテーション歴										
日常生活自立度: J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2				認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I, II a, II b, III a, III b, IV, M												
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)																
心身機能・構造	☐ 意識障害:(3-3-9:) ☐ 認知症: ☐ 知的障害: ☐ 精神障害: ☐ 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: ☐ 筋力低下(部位, MMT:) ☐ 不随意運動・協調運動障害:				☐ 知覚障害(☐ 視覚, ☐ 表在覚, ☐ 深部覚, ☐ その他:) ☐ 音声・発話障害(☐ 構音障害, ☐ 失語症)(種類:) ☐ 失行・失認: ☐ 摂食機能障害: ☐ 排泄機能障害: ☐ 呼吸・循環機能障害: ☐ 拘縮: ☐ 褥瘡: ☐ 疼痛:											
	基本動作	立位保持(装具:) ☐ 手放し, ☐ つかまり, ☐ 不可 平行棒内歩行(装具:) ☐ 独立, ☐ 一部介助, ☐ 全介助 訓練室内歩行(装具:) ☐ 独立, ☐ 一部介助, ☐ 全介助														
活動	自立度		日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」				訓練時能力:「できる“活動”」									
	ADL・ASL等		自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等
	屋外歩行							杖・装具:							杖・装具:	
	階段昇降							杖・装具:							杖・装具:	
	廊下歩行							杖・装具:							杖・装具:	
	病棟トイレへの歩行							杖・装具:							杖・装具:	
	病棟トイレへの車椅子駆動(昼)							装具:							装具:	
	車椅子・ベッド間移乗							装具:							装具:	
	椅子座位保持							装具:							装具:	
	ベッド起き上がり															
食事							用具:							用具:		
排尿(昼)							便器:							便器:		
排尿(夜)							便器:							便器:		
整容							移動方法・姿勢:							移動方法・姿勢:		
更衣							姿勢:							姿勢:		
装具・靴の着脱							姿勢:							姿勢:		
入浴							浴槽:							浴槽:		
コミュニケーション																
活動度		日中臥床: ☐ 無, ☐ 有(時間帯: 理由) 日中座位: ☐ 椅子(背もたれなし), ☐ 椅子(背もたれあり), ☐ 椅子(背もたれ, 肘うけあり), ☐ 車椅子, ☐ ベッド上, ☐ キャッチアップ														
栄養※	身長 ^{#1} : ()cm, 体重: ()kg, BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): ☐ 経口(☐ 食事, ☐ 補助食品), ☐ 経管栄養, ☐ 静脈栄養(☐ 末梢, ☐ 中心) 嚥下調整食の必要性: ☐ 無, ☐ 有(学会分類コード:) 栄養状態: ☐ 問題なし, ☐ 低栄養, ☐ 低栄養リスク, ☐ 過栄養, ☐ その他() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal, たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可															
参加	職業 (☐ 無職, ☐ 病欠中, ☐ 休職中, ☐ 発症後退職, ☐ 退職予定) (職種・業種・仕事内容:) 経済状況()				社会参加(内容・頻度等) 余暇活動(内容・頻度等)											
心理	障害の受容(☐ ショック期, ☐ 否認期, ☐ 怒り・恨み期, ☐ 悲観・抑うつ期, ☐ 解決への努力期, ☐ 受容期) 機能障害改善への固執(☐ 強い, ☐ 中程度, ☐ 普通, ☐ 弱い)				依存欲求(☐ 強い, ☐ 中程度, ☐ 普通, ☐ 弱い) 独立欲求(☐ 強い, ☐ 中程度, ☐ 普通, ☐ 弱い)											
環境	同居家族: 親族関係:				家屋 : 家屋周囲: 交通手段:											
第三者の	発病による家族の変化 ☐ 社会生活: ☐ 健康上の問題の発生: ☐ 心理的問題の発生:															

※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

基本方針	本人の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	家族の希望
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
参加目標	退院先 ☐ 自宅 ☐ 親族宅 ☐ 医療機関 ☐ その他: 復職 ☐ 現職復帰 ☐ 転職 ☐ 不可 ☐ その他: (仕事内容:) 通勤方法の変更 ☐ 無 ☐ 有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
すべて実況	自宅内歩行 ☐ 不可 ☐ 自立 ☐ 介助: (装具・杖等:) 屋外歩行 ☐ 不可 ☐ 自立 ☐ 介助: (装具・杖等:) 交通機関利用 ☐ 不可 ☐ 自立 ☐ 介助: (種類:) 車椅子 ☐ 不要 ☐ 電動 ☐ 手動 (使用場所:) (駆動 ☐ 自立 ☐ 介助)(移乗 ☐ 自立 ☐ 介助:) 排泄 ☐ 自立:形態 ☐ 洋式 ☐ 和式 ☐ 立ち便器 ☐ その他 ☐ 介助: 食事 ☐ 箸自立 ☐ フォーク等自立 ☐ 介助: 整容 ☐ 自立 ☐ 介助: 更衣 ☐ 自立 ☐ 介助: 入浴 ☐ 自宅浴槽自立 ☐ 介助: 家事 ☐ 全部実施 ☐ 非実施 ☐ 一部実施: 書字 ☐ 自立 ☐ 利き手交換後自立 ☐ その他: コミュニケーション ☐ 問題なし ☐ 問題あり:	
心身機能構造	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 ☐ 不要 ☐ 要: 福祉機器 ☐ 不要 ☐ 要: 社会保障サービス ☐ 不要 ☐ 身障手帳 ☐ 障害年金 ☐ その他: 介護保険サービス ☐ 不要 ☐ 要:	
第三者の不利	退院後の主介護者 ☐ 不要 ☐ 要: 家族構成の変化 ☐ 不要 ☐ 要: 家族内役割の変化 ☐ 不要 ☐ 要: 家族の社会活動変化 ☐ 不要 ☐ 要:	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)	備考
--------------------------------	----

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン	
-----------	---	---	---	-------	--	-------	--	--------	--

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1,J2,A1,A2,B1,B2,C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
- 日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
- 訓練時能力:「できる“活動”」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行なうことができる能力についてであること。

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日： 年 月 日

患者氏名：		男・女		生年月日(西暦)		年		月		日(歳)		利き手		右・右(矯正)・左	
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護		SW等			
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：				合併症(コントロール状態)：						リハビリテーション歴：					
日常生活自立度： J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2				認知症高齢者の日常生活自立度判定基準： I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M											

評価項目・内容 (コロン()の後ろに具体的内容を記入)					短期目標 (月後)	具体的アプローチ		
心身機能・構造	☐ 意識障害 (JCS、GCS)： ☐ 見当識障害： ☐ 記銘力障害： ☐ 運動障害： ☐ 感覚障害： ☐ 摂食障害： ☐ 排泄障害： ☐ 呼吸、循環障害： ☐ 音声、発話障害(構音、失語)： ☐ 関節可動域制限： ☐ 筋力低下： ☐ 褥瘡： ☐ 疼痛： ☐ 半側空間無視： ☐ 注意力障害： ☐ 構成障害： ☐ その他：							
	基本動作	寝返り (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)： 起き上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)： 座位 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)： 立ち上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)： 立位 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)：						
活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)							
	ADL (B, I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ	
	食事	10	5	0				
	移乗	15	10 ←監視下					
	座れるが移れない→		5	0				
	整容	5	0	0				
	トイレ動作	10	5	0				
	入浴	5	0	0				
	平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：			
	車椅子操作が可能 →		5	0	車椅子：			
	階段	10	5	0				
	更衣	10	5	0				
	排便管理	10	5	0				
	排尿管理	10	5	0				
	合計(0～100点)		点					
コミュニケーション	理解							
	表出							

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業（ ☐ 無職、 ☐ 病欠中、 ☐ 休職中、 ☐ 発症後退職、 ☐ 退職予定） 職種・業種・仕事内容： 経済状況： 社会参加（内容、頻度等）： 余暇活動（内容、頻度等）：	退院先（ ☐ 自宅、 ☐ 親族宅、 ☐ 医療機関、 ☐ その他） 復職（ ☐ 現職復帰、 ☐ 転職、 ☐ 配置転換、 ☐ 復職不可、 ☐ その他） 復職時期： 仕事内容： 通勤方法： 家庭内役割： 社会活動： 趣味：	
栄養※	身長 ^{#1} : ()cm、体重: ()kg、 BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法（複数選択可）： ☐ 経口（ ☐ 食事、 ☐ 補助食品） ☐ 経管栄養、 ☐ 静脈栄養（ ☐ 末梢、 ☐ 中心） 嚥下調整食の必要性： ☐ 無、 ☐ 有（学会分類コード: ） 栄養状態: ☐ 問題なし、 ☐ 低栄養、 ☐ 低栄養リスク ☐ 過栄養、 ☐ その他() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal、たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal、たんぱく質()g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可	摂取栄養量: (目標: kcal) 体重増加/減量: (目標: kg) 栄養補給方法（複数選択可）： ☐ 経口（ ☐ 食事、 ☐ 補助食品） ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養（ ☐ 末梢、 ☐ 中心） その他:	
心理	抑うつ： 障害の否認： その他:		
環境	同居家族： 親族関係： 家屋： 家屋周囲： 交通手段:	自宅改造 ☐ 不要、 ☐ 要： 福祉機器 ☐ 不要、 ☐ 要： 社会保障サービス ☐ 不要、 ☐ 身障手帳、 ☐ 障害年金 ☐ その他： 介護保険サービス ☐ 不要、 ☐ 要:	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活： 健康上の問題の発生： 心理的問題の発生:	退院後の主介護者 ☐ 不要、 ☐ 要： 家族構成の変化 ☐ 不要、 ☐ 要： 家族内役割の変化 ☐ 不要、 ☐ 要： 家族の社会活動変化 ☐ 不要、 ☐ 要:	
1ヵ月後の目標:		本人の希望: 家族の希望:	
リハビリテーションの治療方針:			外泊訓練計画:
退院時の目標と見込み時期 :			
退院後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間）:			

退院後の社会参加の見込み:	説明者署名:
---------------	--------

本人・家族への説明: 年 月 日	説明を受けた人: 本人、家族() 署名:
---------------------------------	--

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

1. 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年1月18日 老健第102ー2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年 10 月 26 日 老健第 135 号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はⅤに該当するものであること。
3. 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Index に代えてFIMを用いてもよい。

※ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は、「栄養」欄も必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

リハビリテーション総合実施計画書

評価実施日: 年 月 日

氏名:		男・女	生年月日	年	月	日(歳)	利き手	右・右(矯正)・左
主治医		リハ担当医				看護		緩和ケア
PT		OT				ST		SW等
原発巣(発症・診断確定日):			病期分類(ステージ):			併存疾患:		
廃用症候群:			リハビリテーション歴:				PS又はKPS:	
入院の目的と治療内容	入院の目的:		治療内容:				予定入院期間:	
	治療後に生じる可能性のある副作用・合併症:		治療後に生じる可能性のある身体の障害:				退院後の治療予定:	
	身体症状ととらえている対策		☐ 疼痛 ☐ 嘔気 ☐ 倦怠感 ☐ 呼吸困難 ☐ 不安・抑鬱 ☐ その他 (とられている対策:)					
骨転移	骨転移検索の有無		☐ 半年以内の骨シンチ ☐ 単純レントゲン ☐ CT ☐ MRI (直近の検索日時: 年 月 日)					
	骨転移の診断		☐ 骨転移なし ☐ 骨転移あり(部位:)					
	病的骨折のリスク		☐ 単純レントゲンで溶骨性変化 ☐ 骨シンチで異常集積 ☐ 局所の疼痛					

評価項目・内容(具体的内容を記載)					具体的アプローチ		
心身機能・構造	☐ 意識障害(JCS、GCS)・せん妄: ☐ 運動障害: ☐ 感覚障害: ☐ 摂食・嚥下障害: ☐ 呼吸、循環障害: ☐ 音声、発話障害: ☐ 関節可動域制限: ☐ 筋力低下: ☐ 疼痛: ☐ その他:						
	動基 作本						
	座位(☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助) 立ち上がり(☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助) 立位(☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)						
	安静度の制限とその理由、活動時のリスク(手術後の合併症、放射線・化学療法中・後の副作用、がんの進行にともなう影響を考慮)						
活動	ADL(B. I. に準じる)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)・介助内容		
	食事	10	5	0			
	移乗	15	10	5	0		
	整容	5	0	0			
	トイレ動作	10	5	0			
	入浴	5	0	0			
	平地歩行	15	10	5	0		
	階段	10	5	0			
	更衣	10	5	0			
	排便管理	10	5	0			
	排尿管理	10	5	0			
	合計(0~100点)		点				

評価項目・内容(具体的内容を記載)		具体的アプローチ
参加	職業 ☐ あり(仕事内容:) ☐ なし 家庭内役割: 余暇(趣味など): その他:	
栄養※	身長 ^{#1} : ()cm, 体重: ()kg BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): ☐ 経口(☐ 食事 ☐ 補助食品) ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養(☐ 末梢 ☐ 中心) 嚥下調整食の必要性: ☐ 無 ☐ 有(学会分類コード:) 栄養状態: ☐ 問題なし ☐ 低栄養 ☐ 低栄養リスク ☐ 過栄養 ☐ その他() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal, たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可	
心理	☐ 抑うつ気分 ☐ 興味・喜びの著しい減退 ☐ 食欲の障害 ☐ 睡眠の障害 ☐ 焦燥又は抑止 ☐ 易疲労感又は気力の減退 ☐ 無価値感又は自責感 ☐ 集中力低下又は決断困難 ☐ 希死念慮 その他:	
環境	同居家族: 家屋: その他:	自宅改造:福祉機器 ☐ 要 ☐ 不要 介護保険サービス ☐ 要 ☐ 不要 その他:
2週間後の目標:		本人の希望: 家族の希望:
リハビリテーションの治療方針:		
退院時の目標と見込み時期:		

退院後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間):
退院後の社会参加の見込み:

※ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は「栄養」欄も必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

本人・家族への説明 年 月 日
説明を受けた人: 本人・家族()

署名 _____

説明者: 署名 _____

リハビリテーション総合実施計画書

ID	患者氏名	男・女		
生年月日（明・大・昭・平・西暦）	年	月	日	歳

評価日：平成・西暦	年	月	日（	回目・	ヶ月目）
診断名：					
発症日：(頃)・手術日：					
治療内容(術式)：					
合併症：					
冠危険因子(既往)：□高血圧症 □脂質異常症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症 □家族歴 □喫煙 □慢性腎臓病（CKD）□狭心症 □陳旧性心筋梗塞 □他（					
標準体重	kg：	現在の体重	kg：	BMI(18.5～25.9)	kg/m ²
目標血圧	/	mmHg	現在の血圧(又は家庭血圧)	/	mmHg
血液検査結果					
□HbA1c	%	□LDL-C	mg/dl		
□HDL-C	mg/dl	□中性脂肪	mg/dl		
□他（					
心機能	□左室駆出率（EF）【正常・低下】	%			
	□他（				
身体機能：					
□関節可動域制限（部位：） □疼痛（部位：）					
□筋力低下（部位：） □バランス障害（					
□他（					
栄養*					
栄養補給方法： □経口（□食事 □補助食品） (複数選択可)					
□経管栄養 □静脈栄養（□末梢 □中心）					
嚥下調整食の必要性： □無 □有（学会分類コード：）					
栄養状態：□問題なし □低栄養 □低栄養リスク □過栄養 □その他（					
【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】					
必要栄養量：（）kcal, たんぱく質（）g					
総摂取栄養量 [#] ：（）kcal, たんぱく質（）g (経口・経管・静脈全て含む)					
[#] 入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可					
※ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと（担当者一覧に管理栄養士の氏名も記入）					
運動耐容能【良好・低下】（健常人の %： MET s）					
運動処方（脈拍・血圧）： bpm / mmHg					
自転車	W	分	回/週		
歩行	km/h	分	回/週		
他注意事項：					
今後の運動療法継続について					

☐当院にて ☐自宅にて ☐他施設にて（ ）

今後の検査・期間等について

説明日：平成・西暦 年 月 日 本人・家族氏名

医師： 理学療法士：

看護師： 他職種（ ）：

参加 ☐無職 ☐家事 ☐休職中 ☐発症後退職 ☐退職予定

☐転職 ☐転職予定 ☐配置転換 ☐現職復帰

・職種/業務内容/通勤方法等（ ）

・余暇・社会活動等（ ）

具体的目標とそのアプローチ：

活動 ・ADL ☐車椅子【自立・他人操作】 ☐介助歩行 ☐杖歩行 ☐屋内歩行 ☐屋外歩行

☐階段昇降 ☐他（ ）

・入浴 ☐入浴 ☐半身浴 ☐シャワー浴 ☐他（ ）

・コミュニケーション ☐問題なし ☐問題あり（ ）

・他（ ）

具体的目標とそのアプローチ：

環境 ☐独居 ☐同居（ ）、家族の協力体制【あり・困難】

☐一戸建【平屋・2階以上】 ☐集合住宅： 階居住、エレベーター【あり・なし】

☐その他（ ）

具体的目標とそのアプローチ：自宅改造/福祉機器【要・不要】 介護保険サービス【要・不要】

心理 ・自身の病気に対する不安 ☐なし ☐あり（具体的に： ）

・日常社会活動に対する不安 ☐なし ☐あり（具体的に： ）

・睡眠 ☐良好 ☐不良【入眠障害・中途覚醒・他（ ）

・食欲 ☐良好 ☐減退

具体的目標とそのアプローチ：

第三者の不利（発病による家族の社会生活変化や健康/心理問題の発生）

☐なし ☐あり（具体的に： ）

具体的目標とそのアプローチ：家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

再発予防・健康維持・回復のための目標

☐病気の理解 ☐体力向上 ☐食事管理 ☐内服管理 ☐運動習慣の獲得 ☐禁煙 ☐他（ ）

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』

☐できる

☐要指導

『家庭血圧・体重測定』

☐実施している

☐要支援

『自分に合った運動』

☐理解している

☐実践している

☐要支援

『適切な食事・摂取量』

☐理解している

☐実践している

☐要支援

『正しい服薬』

☐理解している

☐服薬忘れなし

☐要支援

『薬の管理』

☐自分 ☐家族（ ）

☐要指導

☐要支援

☐他人（ ）

『タバコ』
『症状出現時の対処法』
他『 』

☐禁煙 ☐受動喫煙 ☐喫煙（ 本）☐要支援
☐理解している ☐要指導
☐（ ）☐（ ）☐（ ）

本人・家族の希望

目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日
説明・交付日 年 月 日
患者氏名： 生年月日： 年 月 日

1. 発症からの経過（リハビリテーション開始日： 年 月 日）

2. A D L評価（Barthel Index または FIM による評価）（リハビリ開始時及び現時点）
（Barthel Index の場合）

	リハビリテーション開始時点			現時点			
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助	
食事	10	5	0	10	5	0	
移乗	15	10 5	0	15	10 5	0	
整容	5	0	0	5	0	0	
トイレ動作	10	5	0	10	5	0	
入浴	5	0	0	5	0	0	
平地歩行	15	10 5	0	15	10 5	0	
階段	10	5	0	10	5	0	
更衣	10	5	0	10	5	0	
排便管理	10	5	0	10	5	0	
排尿管理	10	5	0	10	5	0	
合計 (0-100 点)			点	合計 (0-100 点)			点

FIM による評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション 開始時点	現時点
			得点	得点
運動	セルフ ケア	食事		
		整容		
		清拭・入浴		
		更衣（上半身）		
		更衣（下半身）		
		トイレ		
	排泄	排尿コントロール		
		排便コントロール		
	移乗	ベッド、椅子、車椅子		
		トイレ		
	移動	浴槽・シャワー		
		歩行・車椅子		
		階段		
小計				
認知	コミュニケ ーション	理解		
		表出		
	社会認識	社会交流		
		問題解決		
		記憶		
	小計			
合計				

容との関連

心身機能

活動

社会参加

・ 医師の説明の内容

- ・患者の受け止め

介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）

介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）

紹介した事業所名

事業所名

連絡方法

備考（事業所の特徴等）

說明醫師署名：

患者又は家族等署名：

[記載上の注意]

1. 本シートの交付、説明は、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の交付、説明と一体として行って差し支えない。
2. 「今後の見通し」について、必要な場合は、「今後のリハビリテーションが順調に進んだ場合」等の前提をおき、場合分けごとに記載してもよい。
3. 「現在のリハビリテーションの目標」は、医師及びその他の従事者が記載した後、本シートの説明を通じて患者又は家族等と面談し、患者の価値観等を踏まえてよりよい目標設定ができると考えた場合は、赤字で追加、修正する等してよい。

(別紙様式24)

(精 神 科) 退 院 療 養 計 画 書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病 棟 (病 室)	
主治医以外の担当者名	
予 想 さ れ る 退 院 日	
退 院 後 の 治 療 計 画	
退 院 後 の 療 養 上 の 留 意 点	
退 院 後 必 要 と な る 保 健 医 療 サ ー ビ ス 又 は 福 祉 サ ー ビ ス	
そ の 他	

注) 退院日等は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) _____ 印

酸素の購入価格に関する届出書（平成 年度）

1 前年の1月から12月までの酸素の購入実績

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (C E)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
年1月								
2月								
3月								
4月								
5月								
6月								
7月								
8月								
9月								
10月								
11月								
12月								
計								
単価								

2 前年1年間において酸素の購入実績がない場合（当該診療月前の酸素の購入実績）

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (C E)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
年 月								
単価								

3 その他

購入業者名	種類（液化酸素、ボンベ）

上記のとおり届出します。

平成 年 月 日

医療機関コード

保険医療機関

所在地
名 称
開設者

印

殿

[記載上の注意事項]

- 届出は、当該前年の1月1日から12月31日までの間に購入したすべての酸素について記載すること。
- 対価は、実際に購入した価格（消費税を含む。）を記載すること。
なお、平成25年1月1日から平成26年3月31日までの間に医療機関が購入したものについては、当該対価に105分の108を乗じて得た額の1円未満の端数を四捨五入した額とする。

(別紙様式26)

平成 年 月 日

主治医氏名	
1. 輸血の種類（自己血輸血*を含む。）と使用量等	
2. 輸血の必要性及び輸血を行わない場合の危険性等	
3. 輸血の副作用等	
4. 輸血に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
5. その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

* 自己血輸血を実施しない場合は、その理由を説明すること。

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で輸血を受けることに同意しました。

(患者氏名) 印

(家族等氏名) 印

(患者との続柄：)

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

90日を超えて一般病棟に入院している患者に関する退院支援状況報告書

厚生(支)局長 殿

診療年月 平成 年 月

患者名	男・女	入院日	平成 年 月 日
生年月日	明・天・昭・平 年 月 日 () 歳	退院日 (既に退院している場合)	平成 年 月 日
入院の契機となった傷病名	() () ()	治療を長期化させる原因となった傷病名	ア 脳卒中の後遺症 イ 認知症 ウ その他 ()
入院前の状況 (当てはまるもの全てに○をつける)	一人暮らし・同居家族あり(両親・配偶者・子・その他)・施設等 同居していないが家族あり・その他()		
治療の経過及び治療が長期化した理由			
日常的に行われている医療行為その他特記すべき病状等	ア 喀痰吸引 → 1日()回 イ 経管栄養 → 手法: 胃ろう・鼻腔栄養 ウ 中心静脈栄養 エ 気管切開又は気管内挿管 オ 褥瘡に対する処置 → 褥瘡ができてからの期間 ()日 カ その他の創傷処置 キ 酸素投与 ク その他()		
現在の医学的な状態	安定・変動はあるが概ね安定・変動が大きい・全く安定していない 具体的内容:		
看護職員による看護提供の状況	ア 定時の観察のみで対応 イ 定時以外に1日1回～数回の観察および処遇が必要 ウ 頻回の観察および処遇が必要 エ 24時間観察および処遇が必要 理由()		
退院支援を主に担う者 (当てはまるもの全てに○をつける)	ア 担当医 イ 退院支援専任の医師 ウ 病棟看護職員 エ 退院支援に専任の看護職員 オ 社会福祉士 カ その他()		
退院に係る問題点、課題等	ア 患者の医学的状態が安定しない イ 医療的状態は安定しており退院が可能		
	a 退院の日程は決定しており、退院待ちの状態 b 退院先は決定しているが、退院の日程が決定していない ・自宅の受け入れ状況の調整中のため ・介護施設等に受け入れが決定しているが、日程が未定のため ・その他()		
	c 退院先も退院日程も決定していない ・他の病院への転院が適切と考えられるが受け入れ先がない ・介護施設、福祉施設等への入所が適切と考えられるが受け入れ先がない ・退院に当たって導入する介護・福祉サービスの調整ができていない ・適切な退院先がわからない ・今後の療養に関する患者・家族の希望が決定していない ・今後の療養に関する本人の希望と家族の希望が一致しないため ・その他()		
退院へ向けた支援の概要	退院後に利用が予想される社会福祉サービス等		
予想される退院先	ア 自宅 イ 有料老人ホーム、グループホーム等の施設 ウ 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等の介護施設又は障害者施設 エ 療養病床等の長期療養型医療施設 オ その他()		

(医療機関名)

(退院支援計画担当者)

印

(別紙様式28)

初診料及び外来診療料の注2、注3に規定する施設基準に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

区分の種類	☐ 注2	☐ 注3
保険医療機関の種類	☐ 特定機能病院	
	☐ 地域医療支援病院（許可病床数が400床以上）	
	☐ 上記以外の許可病床数が400床以上の病院 （一般病床数が200床未満の病院を除く）	
①	初診の患者数 （期間： 年 月 ～ 年 月）	名
②	紹介患者数 （期間： 年 月 ～ 年 月）	名
③	逆紹介患者数 （期間： 年 月 ～ 年 月）	名
④	救急患者数 （期間： 年 月 ～ 年 月）	名
⑤	紹介率 = (②+④) / ①	%
⑥	逆紹介率 = ③ / ①	%

〔記載上の注意〕

- 1 「①」から「④」に規定する初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数は、特定機能病院については「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月15日)(健政発第98号)」、地域医療支援病院(許可病床数が400床以上)については「医療法の一部を改正する法律の施行について(平成10年5月19日)(健政発第639号)」で定めるものとする。ただし、特定機能病院における初診の患者数については、「患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数(夜間又は休日に受診したものの数を除く。)」とする。また、地域医療支援病院における初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数(地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。)とする。
・保険医療機関の種類が「上記以外の許可病床数が400床以上の病院(一般病床数が200床未満の病院を除く)」の場合は、「地域医療支援病院(許可病床数が400床以上)の場合」に準じて「①」から「⑥」まで記載すること。
- 2 「①」～「④」の「期間」については、原則として報告時の前年度の1年間とする。
 - ・注2の場合、報告時の前年度の1年間で、紹介率の実績が50%未満かつ逆紹介率の実績が50%未満の場合であって、報告年度の連続する6月間においては紹介率の実績が50%未満かつ逆紹介率の実績が50%未満ではなかった場合には、報告年度の連続する6月間についても報告を行うこと。
 - ・注3の場合の紹介率の実績は40%未満、逆紹介率の実績は30%未満とすること。

精神科リエゾンチーム治療評価書

作成日 平成 年 月 日

(ふりがな)		性別	ID:		
氏名		(男・女)			
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)		病棟:			
診断(身体疾患)	1)	2)			
診断(精神疾患)	1)	2)			
実施要件	☐ せん妄又は抑うつを有する				
	☐ 自殺企図で入院				
	☐ 精神疾患を有する				
	☐ その他()				
<現症>		【重症度】			
精神症状	不安・焦燥	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	抑うつ	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	せん妄	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	幻覚・妄想	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	興奮	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	自殺念慮	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
睡眠障害	不眠	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	傾眠	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
問題行動	徘徊	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	暴力行為	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	安静保持困難	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
意識障害		☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
認知機能障害		☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
その他(具体的に) ()	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症	

【重症度評価】 軽症:入院治療継続に支障がない 中等症:入院治療継続に支障がでている
重症:入院治療継続が困難である

<その他の状態>	
精神機能の全体的評価(GAF)尺度	[] (0-100)
身体活動状態 全般	☐ 問題なし ☐ 軽度の症状があるも、日常生活動作は自立 ☐ 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている ☐ しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している ☐ 常に介助が必要、終日臥床している
歩行	☐ 問題なし ☐ 要介助 ☐ 不可
排泄	☐ 問題なし ☐ 要介助 ☐ ポータブル
食事	☐ 問題なし ☐ 要介助 ☐ 不可
入浴	☐ 問題なし ☐ 要介助 ☐ 不可

<総合評価と今後の方針>		
重症度	具体的な状況	チームでの対応方法
☐ 軽症	精神症状を伴っている	・チーム回診でのフォロー
☐ 中等症	精神症状を伴い、入院治療に影響がでている	・チーム回診でのフォロー + 適宜診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
☐ 重症	精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である	・チーム回診でのフォロー + 頻回の診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
☐ 最重症	精神症状を伴い、一般病棟では治療継続できない	・精神科病棟での治療を検討

			今後の治療計画
治療評価 (Ⅰ)	薬物療法	☐ 実施 ☐ 未実施	
	心理療法	☐ 実施 ☐ 未実施	
	ソーシャルワーク	☐ 実施 ☐ 未実施	
	心理教育	☐ 実施 ☐ 未実施	
	服薬指導	☐ 実施 ☐ 未実施	
	作業療法	☐ 実施 ☐ 未実施	
	その他	☐ 実施 ☐ 未実施	
	退院後も精神科医療(外来など) が継続できるような調整	☐ 実施 ☐ 未実施	
治療評価 (Ⅱ)	精神症状	☐ なし ☐ 改善 ☐ 不変 ☐ 増悪	
	睡眠障害	☐ なし ☐ 改善 ☐ 不変 ☐ 増悪	
	問題行動	☐ なし ☐ 改善 ☐ 不変 ☐ 増悪	
	意識障害	☐ なし ☐ 改善 ☐ 不変 ☐ 増悪	
	認知機能障害	☐ なし ☐ 改善 ☐ 不変 ☐ 増悪	
	その他(具体的に) ()	☐ なし ☐ 改善 ☐ 不変 ☐ 増悪	
治療評価 (Ⅲ)	精神機能の全体的評価 (GAF)尺度	☐ なし ☐ 改善 ☐ 不変 ☐ 増悪	
	身体活動状態	☐ なし ☐ 改善 ☐ 不変 ☐ 増悪	
主治医		精神科医	
看護師		精神保健福祉士	
作業療法士		薬剤師	
公認心理師		()	
次回の再評価予定日			平成 年 月 日
本人・家族への説明日			平成 年 月 日

精神科リエゾンチーム診療実施計画書

作成日 平成 年 月 日

(ふりがな)		性別	ID:		
氏名		(男・女)			
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)		病棟:			
診断(身体疾患)	1)		2)		
診断(精神疾患)	1)		2)		
実施要件	☐ せん妄又は抑うつを有する				
	☐ 自殺企図で入院				
	☐ 精神疾患を有する				
	☐ その他()				
<現症>		【重症度】			
精神症状	不安・焦燥	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	抑うつ	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	せん妄	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	幻覚・妄想	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	興奮	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	自殺念慮	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
睡眠障害	不眠	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	傾眠	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
問題行動	徘徊	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	暴力行為	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	安静保持困難	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	意識障害	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
認知機能障害		☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
その他(具体的に) ()		☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症

【重症度評価】 軽症:入院治療継続に支障がない 中等症:入院治療継続に支障がでている
重症:入院治療継続が困難である

<その他の状態>	
精神機能の全体的評価(GAF)尺度	[] (0-100)
身体活動状態 全般	☐ 問題なし ☐ 軽度の症状があるも、日常生活動作は自立 ☐ 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている ☐ しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している ☐ 常に介助が必要、終日臥床している
歩行	☐ 問題なし ☐ 要介助 ☐ 不可
排泄	☐ 問題なし ☐ 要介助 ☐ ポータブル
食事	☐ 問題なし ☐ 要介助 ☐ 不可
入浴	☐ 問題なし ☐ 要介助 ☐ 不可

<総合評価と今後の方針>		
重症度	具体的な状況	チームでの対応方法
☐ 軽症	精神症状を伴っている	・チーム回診でのフォロー
☐ 中等症	精神症状を伴い、入院治療に影響がでている	・チーム回診でのフォロー + 適宜診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
☐ 重症	精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である	・チーム回診でのフォロー + 頻回の診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
☐ 最重症	精神症状を伴い、一般病棟では治療継続できない	・精神科病棟での治療を検討

治療目標	☐ せん妄又は抑うつ改善			
	☐ 自殺念慮の消失			
	☐ 精神疾患の治療継続、軽快			
	☐ その他()			
治療計画 (Ⅰ)	☐ 薬物療法 ☐ 心理療法 ☐ 心理教育 ☐ 作業療法	☐ 抗精神病薬 ☐ 抗不安薬 ☐ その他()	☐ 抗うつ薬 ☐ 睡眠薬 ☐ ソーシャルワーク ☐ 服薬指導 ☐ その他 ()	
治療計画 (Ⅱ)	現 症		短期目標	具体的アプローチ
	精神症状	不安・焦燥		
		抑うつ		
		せん妄		
		幻覚・妄想		
		興奮		
		自殺念慮		
	睡眠障害	()		
	問題行動	()		
	意識障害			
	認知機能障害			
	その他 (具体的に)	()		
主治医			精神科医	
看護師			精神保健福祉士	
作業療法師			薬剤師	
公認心理師			()	
次回の再評価予定日			平成 年 月 日	
本人・家族への説明日			平成 年 月 日	

(別紙様式 30)

病棟薬剤業務日誌

平成 年 月 日

病棟名 : _____

病棟専任の薬剤師名 : _____

1 この病棟におけるこの日の病棟薬剤業務の実施時間

時間

2 業務時間・業務内容・実施薬剤師名

業務時間		業務内容	実施 薬剤師名	業務時間		業務内容	実施 薬剤師名
時間帯	小計			時間帯	小計		

※ 実施した業務の内容を次の業務の番号から選択して「業務内容」欄へ記入するとともに、当該業務の実施に要した時間を「業務時間」欄へ、実施した薬剤師の氏名を「実施薬剤師名」欄へ記入すること。業務の内容について⑦を選択した場合には、その内容を具体的に記載すること。

- ① 医薬品の投薬・注射状況の把握
- ② 医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
- ③ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
- ④ 2種以上の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
- ⑤ 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
- ⑥ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
- ⑦ その他（業務内容を具体的に記入すること。）

※ 当該病棟以外の場所で実施した病棟薬剤業務についても、実施場所とともに記載すること。

3 その他

--

精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

1 月 14 回以上精神科デイ・ケア等を実施する患者の割合

(1) 精神科デイ・ケア等を月 1 回以上実施した患者の数の平均	人
(2) 精神科デイ・ケア等を月 14 回以上実施した患者の数の平均	人
(3) (2) ÷ (1)	

2 精神科デイ・ケア等の平均実施期間

精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から 報告年の 9 月末までの月数の平均	月
---	---

[記載上の注意点]

- 1 精神科デイ・ケア等とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び精神科ナイト・ケアをいうこと。
- 2 「1」の(1)について、報告年度の 4 月から 9 月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を 1 回以上実施した患者数を算出した上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。
- 3 「1」の(2)について、報告年度の 4 月から 9 月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を 14 回以上実施した患者の数を求めた上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。
- 4 「2」について、「1」(3)が 0.8 未満である場合には、記載する必要はないこと。
記載する場合には、報告年度の 9 月 1 日から 9 月 30 日に 1 回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から 9 月末までの月数を算出した上で、平均の月数を記入すること。

(別紙様式32)

認知症療養計画書

説明日 年 月 日

患者氏名	性別	年齢	生年月日

病名	
検査結果	
介護認定	申請予定・申請中 非該当・要支援(Ⅰ・Ⅱ)・要介護(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ)

Ⅰ. 症状

認知障害 (MMSE、HDS-R等)	
生活障害 (IADL、ADL)	
行動・心理症状 (DBD等)	
介護上特に問題 となる症状	

Ⅱ. 家族又は介護者による介護の状況

--

Ⅲ. 治療計画

	短期計画	中期計画	長期計画
認知障害			
生活障害			
行動・心理症状			
総合			

Ⅳ. 必要と考えられる医療連携や介護サービス

--

Ⅴ. 緊急時の対応方法・連絡先

--

Ⅵ. 特記事項

--

担当医

本人又は家族又は介護者の署名

認知症療養計画書

ID 番号 _____ 患者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____ 歳)

_____ 認知症疾患医療センター 説明医 _____

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

かかりつけ医へ伝達事項 (注: 認知症療養指導料 3 を算定する場合には、今後の療養指導に必要な事項として記載のこと)

● 症状 (認知機能障害 / 行動・心理症状) 経過等, 生活状況等

● 身体合併症・身体機能障害, 血液検査, 神経画像検査, 診断等

● 要介護認定の状況 (※該当に○をつける)

未申請・申請中・非該当・要支援 1・要支援 2・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5

● 現在の医療, 介護等の社会支援サービス, その他

● 今後の医療, 必要とされる介護等の社会支援サービス, その他

本人・家族へ伝達事項

● 診察結果 (病状, 身体合併症等)

● 今後の生活上の留意点, その他

説明を受けた方 (本人または家族・介護者等) の署名 _____ 続柄 (_____)

(別紙様式 33)

DIEPSS (薬原性錐体外路症状評価尺度) 全項目評価用紙

患者：					コード
評価者：					0 = なし、正常
評価日：	年	月	日		1 = ごく軽度、不確実
評価時間：		～			2 = 軽度
					3 = 中等度
					4 = 重度

適当なもの1つに丸をつける。

1 歩行 Gait	0	1	2	3	4
小刻みな遅い歩き方。速度の低下，歩幅の減少，上肢の振れの減少，前屈姿勢や前方突進現象の程度を評価する。					
2 動作緩慢 Bradykinesia	0	1	2	3	4
動作がのろく乏しいこと。動作の開始または終了の遅延または困難。顔面の表情変化の乏しさ（仮面様顔貌）や単調で緩徐な話し方の程度も評価する。					
3 流涎 Sialorrhea	0	1	2	3	4
唾液分泌過多。					
4 筋強剛 Muscle rigidity	0	1	2	3	4
上肢の屈伸に対する抵抗。歯車現象，ろう屈現象，鉛管様強剛や手首の曲がり具合の程度も評価する。					
5 振戦 Tremor	0	1	2	3	4
口部，手指，四肢，躯幹に認められる反復的，規則的（4 ～ 8 Hz）で，リズムカルな運動。					
6 アカシジア Akathisia	0	1	2	3	4
静座不能に対する自覚；下肢のムズムズ感，ソワソワ感，絶えず動いていたいという衝動などの内的不穏症状とそれに関連した苦痛。運動亢進症状（身体の揺り動かし，下肢の振り回し，足踏み，足の組み換え，ウロウロ歩きなど）についても評価する。					
7 ジストニア Dystonia	0	1	2	3	4
筋緊張の異常な亢進によって引き起こされる症状。舌，頸部，四肢，躯幹などにみられる筋肉の捻転やつっぱり，持続的な異常ポジション、舌の突出捻転，斜頸，後頸，牙関緊急，眼球上転，ピサ症候群などを評価する。					
8 ジスキネジア Dyskinesia	0	1	2	3	4
運動の異常に亢進した状態。顔面，口部，舌，顎，四肢，躯幹にみられる他覚的に無目的で不規則な不随意運動。舞踏病様運動，アテトーゼ様運動は含むが，振戦は評価しない。					
9 概括重症度 Overall severity	0	1	2	3	4
錐体外路症状全体の重症度。					