

計画書作成日 年 月 日					
利用者氏名	男・女	年 月 日生	歳 <input type="checkbox"/> 要支援()・ <input type="checkbox"/> 要介護()		
利用者住所	〒 TEL				
主たる傷病名 (健康状態)	原疾患・発症日	重複疾患・コントロール状況 <input type="checkbox"/> 高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病など			
	経過	<input type="checkbox"/> 廃用症候群あり <input type="checkbox"/> 廃用症候群なし 医学的管理の対応・解決すべき課題(医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む)			
利用者の希望	家族の希望				
評価項目・内容(具体的内容を記入)					
機能障害	基礎運動機能 <input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 全身		応用運動機能 <input type="checkbox"/> 姿勢反応(反射)障害 <input type="checkbox"/> 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:		
	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 失行・失認 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 音声発生障害(<input type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 失語症) <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他		
精神機能面	<input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 過剰情動 <input type="checkbox"/> 判断力低下 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 知能低下 <input type="checkbox"/> 病識障害 <input type="checkbox"/> 意欲・発動性低下 <input type="checkbox"/> 易疲労感				
言語機能面	<input type="checkbox"/> コミュニケーションは全く不可能 <input type="checkbox"/> 発語は断片的であり、聞き手の推測によりコミュニケーションが成立する <input type="checkbox"/> 身近なことに関しては、聞き手が推測することでコミュニケーションが成立する <input type="checkbox"/> 日常会話はほとんど援助なしに行えるが制限が大きい <input type="checkbox"/> 複雑な内容においてもやりとりは可能だが、若干制限がある <input type="checkbox"/> ほとんど制限がない				
嚥下機能面	<input type="checkbox"/> 経口摂取不可能 <input type="checkbox"/> 経口摂取に何らかのリスクを伴う可能性が大きい <input type="checkbox"/> ムセがある(水分/固形) <input type="checkbox"/> 食べこぼしや、よだれが多い <input type="checkbox"/> 食物形態や姿勢の工夫が必要 <input type="checkbox"/> ほとんど機能障害なし				
Barthel index(ADL-T)					
生活活動状況	<input type="checkbox"/> Self-care	Subscore	<input type="checkbox"/> 今回 0 / 45 <input type="checkbox"/> 前回 0 / 45		
	<input type="checkbox"/> Mobility-care	Subscore	0 / 55 0 / 55		
	Total	Score	0 / 100 0 / 100		
アセスメント項目	現状能力	予後予測		課題重要性	評価
		服薬のリスク	治療の可能性		
基本動作 ADL(BI)	起き上がり				
	立位保持				
	床からの立ち上がり				
	移動能力 (TUG, 6分間歩行)				
	食事				
	イスとベッド間の移乗				
	整容				
	トイレ動作				
	入浴				
	階段昇降				
	更衣				
	排便コントロール				
排尿コントロール					
IADL(FAI)	服薬管理				
	食事の用意				
	食事の片付け				
	洗濯				
	掃除や整頓				
	力仕事				
	買い物				
	外出				
	屋外歩行				
	趣味				
	交通手段の利用				
	旅行				
庭仕事					
家や車の手入れ					
読書					
仕事					
■環境因子(※課題ありの場合は□) <input type="checkbox"/> 家族・介護者 <input type="checkbox"/> 福祉用具等 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 自宅周辺 <input type="checkbox"/> 地域の社会資源 <input type="checkbox"/> 交通機関 <input type="checkbox"/> サービス ■備考・特記事項					
リハビリテーションプログラム	<input type="checkbox"/> 基礎運動機能 <input type="checkbox"/> 応用運動機能 <input type="checkbox"/> 日常生活活動	<input type="checkbox"/> ROM ex <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> DYJOCTレーニング <input type="checkbox"/> 起立訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練	<input type="checkbox"/> マイオセラピー <input type="checkbox"/> 運動持久力改善 <input type="checkbox"/> 神経筋再教育 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> 失語症:聴覚理解訓練 <input type="checkbox"/> 構音障害:寒冷療法 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練	<input type="checkbox"/> 失語症:書字訓練 <input type="checkbox"/> 構音障害:口腔器運動訓練 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 失語症:表出訓練 <input type="checkbox"/> 失語症:読解訓練 <input type="checkbox"/> 構音障害:構音訓練			
目標(解決すべき課題)	期間	具体的支援内容	頻度・時間		
		<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 個別短期集中リハ <input type="checkbox"/> その他()			
		<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 個別短期集中リハ <input type="checkbox"/> その他()			
前回計画書作成時からの改善・変化等(月 日)					
備考					

上記の計画書に基づき、訪問リハビリテーションを実施いたします。

医療機関名 ●●クリニック TEL. 医師氏名 _____

理学療法士名 _____ 作業療法士名 _____

言語聴覚士名 _____ 平成 年 月 日

説明者 _____