

(別紙様式12の2)

平成 年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名

印

患児の氏名	男・女 平成 年 月 日生	
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名	
病状 既往症 治療状況等		
父母の氏名	父: ()歳 職業()	母: ()歳 職業()
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)	
退院先の住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)	
入退院日	入院日 : 平成 年 月 日	退院(予定)日 : 平成 年 月 日
出生時の状況	出生場所 : 当院・他院 () 在胎 : ()週 単胎・多胎 ()子中()子 体重 : ()g 身長 : ()cm 出生時の特記事項 : 無・有() 妊娠中の異常の有無 : 無・有() 妊婦健診の受診有無 : 無・有(回:)	家族構成 育児への支援者:無・有()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください		
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()
	情緒	・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴
		・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする ・その他()
日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他()	
養育者の状況	健康状態等	・疾患()・障害() ・出産後の状況(マタニティ・ブルーズ、産後うつ等)・その他()
	こどもへの思い・態度	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他()
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他()
	同胞の状況	・同胞に疾患()・同胞に障害()
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()
情報提供の目的とその理由		

*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所

平成 年 月 日

担当 _____ 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名 _____ (印)

患者氏名	性別	男・女
	職業	
電話番号	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ()歳
患者住所		
情報提供の目的		
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの	
	発症日:昭和・平成 年 月 日	
	発症日:昭和・平成 年 月 日	
その他の傷病名		
傷病の経過及び治療状況		
診療形態	外来・訪問診療・入院	入院患者の場合
		入院日: 年 月 日
		退院日: 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等		

障害高齢者の生活自立度

自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度

自立 I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M

(別紙様式13)

平成 年 月 日

介護老人保健施設

殿

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

患 者	氏 名		男・女
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生 (歳)

病 名	
現 症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

(別紙様式16)

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
患者住所	電話 () -	
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態	
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.
	日常生活自立度	寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症の状況 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
	要介護認定の状況	要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)
	褥瘡の深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 III度 IV度
	装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法(l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃瘻: サイズ、日に1回交換) 8. 留置カテーテル(部位: サイズ、日に1回交換) 9. 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式: 設定) 10. 気管カニューレ(サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他()
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項		
II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他		
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)		
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有:指定訪問看護ステーション名) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有:訪問介護事業所名)		

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

印

事業所

殿

精神科訪問看護指示書

指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者住所	電話 () -	施設名
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況	病状・治療状況	
	投与中の薬剤の用量・用法	
	病名告知	あり ・ なし
	治療の受け入れ	
	複数名訪問の必要性	あり ・ なし
	短時間訪問の必要性	あり ・ なし
	日常生活自立度	認知症の状況 (I IIa IIb IIIa IIIb IV M)
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項 1 生活リズムの確立 2 家事能力、社会技能等の獲得 3 対人関係の改善 (家族含む) 4 社会資源活用の支援 5 薬物療法継続への援助 6 身体合併症の発症・悪化の防止 7 その他		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
主治医との情報交換の手段		
特記すべき留意事項		

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式17の2)

精神科特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

患者氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)
特別看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)						
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)						
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：						
留意事項及び指示事項 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。) (該当する項目に○をつけてください) (複数名訪問の必要性 あり ・ なし 理由：) (短時間訪問の必要性 あり ・ なし 理由：) 特に観察を要する項目 (該当する項目に○をつけてください) 1 服薬確認 2 水分及び食物摂取の状況 3 精神症状 (観察が必要な事項：) 4 身体症状 (観察が必要な事項：) 5 その他 ()						
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)						
緊急時の連絡先等						

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
電 話
(F A X .)
医 師 氏 名

印

事業所

殿

(別紙様式18)

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項(注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)	
点滴注射指示内容(投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
電 話
(F A X.)
医 師 氏 名

印

事業所

殿

神経学的所見のまとめ

神経学的検査担当医師

署名

(別紙様式 19 の2)

小児神経学的検査チャート

月 日 時 分

患者氏名 _____ (男、女)

患者 ID _____

生年月日 _____ 年 月 日

年齢 _____ 歳 ヶ月 (修正 歳 ヶ月)

- 1 身体発育：身長 ____ cm (____SD)、体重 ____ kg (____SD)、頭囲 ____ cm (____SD)
- 2 発達指数 (DQ) 遠城寺式乳幼児分析の発達検査表またはデンバー式発達スクリーニング検査で発達レベルを評価。
 遠城寺 移動 ____、手運動 ____、基本習慣 ____、対人関係 ____、発語 ____、言語理解 ____
 デンバー 粗大運動 ____、言語 ____、微細運動 - 適応 ____、個人-社会 ____
- 3 精神状態
 - a) 意識：清明，意識不鮮明，傾眠，混迷，半昏睡，昏睡，せん妄
 - b) Japan coma scale (1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300)
- 4 行動 多動、無関心、マイペース、視線を合わせない、こだわり、過敏、(_____)
- 5 肢位・姿勢・不随意運動 (寝たきり、寝返り可、座位可、つかまり立ち可、立位可)
除脳硬直、除皮質硬直、蛙肢位、(_____)
不随意運動 (- ・ + 種類 _____ 部位： _____)
- 6 移動、起立、歩行
背這い、寝返り、座位移動、ずり這い、高這い、伝い歩き、独歩
片足立ち (右 ____ 秒 / 左 ____ 秒、不能) つぎ足歩行 (可能 不能)
かかと歩き (可能 不能) つま先歩き (可能 不能)
ガワーズ徴候 (- / +)
- 7 脳神経
 - II 視力 (右：正常，低下 左：正常，低下)
視野 (右：正常，低下 左：正常，低下)
眼底：乳頭 (正常，浮腫，充血，萎縮)、網膜 (正常、 _____)
 - III, IV, VI (固視、追視、 _____)
眼瞼下垂 (右： - / + 左： - / +) 眼球位置 (正常，斜視，共同偏視)
眼球運動 (正常 ， 異常 (_____)) 眼振 (- / +)
瞳孔：(正円，不正，縮瞳，散瞳，瞳孔不同) 対光反射 (右： - / + 左： - / +)
 - V 咀嚼について問診 (正常・異常 (_____))
下顎の運動 (正常、異常) 咬筋 側頭筋 (正常、異常)
 - VII 口角 (対称，非対称) 閉眼 (正常 ， 異常)
 - VIII 聴力 (正常、異常) 視運動性眼振 (- / +) 回転誘発眼振 (- / +)
 - IX, X 嚥下障害 (- / +) 咽頭反射 (- / +) 軟口蓋 (対称、非対称)

嘔声（ - / + ） 鼻声（ - / + ）

XI 胸鎖乳突筋（右： 左： ） 僧帽筋（右： 左：）

XII 舌運動（正常 ， 異常） 舌萎縮（ - / + ） 線維束性攣縮 （ - / + ）

8 感覚 痛覚 正常，障害（部位 ）

9 筋力 年長児はMMT(0.~5)、乳幼児はADLでの評価で代替可

	右	左
上肢バレー	- / +	- / +
上腕二頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
上腕三頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
握力	Kg	Kg
大腿四頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
大腿屈筋群	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
前脛骨筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
腓腹筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

10 筋肉量

筋萎縮 （ - / + ） （部位： ）

肥大/仮性肥大 （ - / + ） （部位： ）

11 筋緊張

硬さ 正常 亢進 低下（部位 ）

被動性 正常 亢進 低下（部位 ）

伸展性 Double folding（ - / + ） 逆U姿勢（ - / + ）

Slip through sign（ - / + ） スカーフ徴候（ - / + ） 踵耳徴候（ - / + ）

関節可動域	右	左
股関節外転	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
膝窩角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
足関節背屈角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
手関節掌屈（背屈）角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下

関節拘縮 -/+ （部位 ）

関節変形 -/+ （部位 ）

12 深部腱反射

	右	左
下顎	- + 2+	
上腕二頭筋	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+
上腕三頭筋	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+
腕とう骨筋	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+
膝蓋腱	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+

アキレス腱	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+
-------	-------------	-------------

13 病的反射、クローヌス

	右	左
バビンスキー	- +	- +
チャドック	- +	- +
手掌頤	- +	- +
ワルテンベルグ	- +	- +
足クローヌス	- +	- +

- 14 原始反射 乳探し反応 (- / +) 吸啜反応 (- / +)
 モロー反射 (- / +) 手掌把握 (- / +) 足底把握 (- / +)
 逃避反射 (- / +) 交差伸展反射 (- / +)
 足踏み反射 (- / +) 踏み直り反射 (- / +) ギャラン反射 (- / +)

- 15 姿勢反射 非対称性緊張性頸反射 (- / +) 引き起こし反応 (- / +)
 陽性支持反応 (- / +) パラシュート反応 前方 (- / +)
 ランドー反応 (- / +) ホッピング反応 (- / +)

- 16 髄膜刺激症状 大泉門 (x cm、陥凹、平坦、膨隆)
 項部硬直 (- / +)
 ケルニッヒ徴候 (- / +) ブルジンスキー徴候 (- / +)

17 神経学的所見のまとめ

神経学的検査担当医師

署名 _____

(別紙様式20)

平成 年 月 日

主治医氏名	
1. 血漿成分製剤の種類及び輸注量等	
2. 血漿成分製剤輸注の必要性及び輸注を行わない場合の危険性等	
3. 血漿成分製剤の輸注により起こりうる副作用等	
4. 血漿成分製剤の輸注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)	

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血漿成分製剤輸注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

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	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9: <input type="checkbox"/> 認知症: <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"/> 筋力低下(部位, MMT:)	<input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(□構音障害, □失語症:種類) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 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	

自立度 ADL・ASL等	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”」						
	自 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	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。)
----	-----------------------------	-------------------------

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						認知症である老人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)

心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS, GCS): <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害:			<input type="checkbox"/> 音声・発話障害 (<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症:種類) <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> その他:		
	基本動作	寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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							

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(:)の後に具体的内容を記入)		認知症に関する評価
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:		

自立・介護 状況	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												

自立・介護 状況	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												

「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

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

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)	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病(CKD) <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> その他(_____)

活動時のリスク	心機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低下 (EF _____ %)	関節可動域制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
	不整脈	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	虚血(残存狭窄)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
	その他	_____		

日常生活(病棟)の自立度(実際に行っている活動)	
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 室内歩行 <input type="checkbox"/> 病棟内歩行 <input type="checkbox"/> 院内歩行 <input type="checkbox"/> 屋外歩行
起居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: (_____)
歩行(移動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考: <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考: (_____)
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考: (_____)
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 点滴有 <input type="checkbox"/> 点滴無 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
排泄(排尿)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 尿バルーン留置 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
排泄(排便)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 洗髪 <input type="checkbox"/> 清拭
コミュニケーション(意思伝達)	<input type="checkbox"/> 成立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 ※備考: (_____)

環境	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(_____) <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 居住階(_____)階:エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 事務仕事 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 運動習慣の獲得 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 立位・ベッド周囲歩行 <input type="checkbox"/> 50m歩行 <input type="checkbox"/> 100m歩行 <input type="checkbox"/> 200m歩行 <input type="checkbox"/> 500m歩行 <input type="checkbox"/> _____m歩行 <input type="checkbox"/> トレッドミル運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 自転車エルゴメータ運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> その他(_____) ※備考: (_____)
運動内容・処方	<input type="checkbox"/> 呼吸訓練 <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 筋力増強 <input type="checkbox"/> 日常生活動作 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 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 _____

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

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 喫煙
肥満 高尿酸血症 慢性腎臓病(CKD) 家族歴 狭心症
陳旧性心筋梗塞 他(_____)

標準体重 _____ kg: 目標血圧 _____ / _____ mmHg

現在の体重 _____ kg: BMI(18.5~24.9) _____ kg/m²

現在の血圧(又は家庭血圧) _____ / _____ mmHg

血液検査結果

HbA1c(6.5%未満) _____ %

LDLコレステロール(100mg/dl未満) _____ mg/dl

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

他(_____)

心機能: 左室駆出率(EF)【正常・低下】 _____ %

他所見(_____)

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 他(_____)

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【有・無】

その他(_____)

社会復帰 無職 家事 休職中 発症後退職 退職予定

転職 転職予定 発症後配置転換 現職復帰

・職種/業務内容/通勤方法(_____)

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

病気への理解 体力向上 食事管理 内服管理

運動習慣の獲得 禁煙 他(_____)

運動負荷試験結果(運動処方)

運動耐容能【良好・低下】(健常人の _____ %: _____ METs)

運動処方(脈拍・血圧): _____ bpm / _____ mmHg

自転車 _____ W _____ 分 _____ 回/週

歩行 _____ km/h _____ 分 _____ 回/週

その他注意事項(_____)

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(_____) 他人(_____)

『自身の病気』 不安がない 不安がある

『日常生活活動・復職』 不安がない 不安がある

『余暇・社会活動』 理解している 実践している 要支援

『睡眠』 良好 不良【入眠障害・中途覚醒・他(_____)】

『タバコ』 禁煙 受動喫煙 喫煙(_____ 本) 要支援

『症状出現時の対処法』 理解している 要指導

『 _____ 』 _____) _____)

『 _____ 』 _____) _____)

多職種による再発予防への取り組み

(支援・指導が必要な項目にチェックをつける)

『運動・日常生活動作について』

担当者/職種: _____

呼吸訓練 ストレッチ 筋力増強 ADL訓練 歩行

自転車 他(_____)

『食事について』

担当者/職種: _____

コメント(_____)

『お薬について』

担当者/職種: _____

コメント(_____)

『 _____ 』

担当者/職種: _____

コメント(_____)

『 _____ 』

担当者/職種: _____

コメント(_____)

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

本人・家族氏名 _____

医師: _____ 理学療法士: _____

看護師: _____ 他職種(_____): _____

(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		リハビリテーション 起算日	年 月 日
要介護度	要介護 ・ 要支援		

算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)		脳血管疾患等リハビリテーション料 I ・ II ・ III				
1	心大血管疾患リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料の対象とならない理由					
2	廃用をもたらすに至った要因 (疾病コード)					
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
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					
7	改善に要する見込み期間	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上		<input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月		
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〕

- 「2」の要因については、原因疾患等について、別紙疾病分類表より疾病コードを記載すること。
- 「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。