

事業所番号 ○○○○○○○○○○

リハビリテーション計画書

／ 通所 訪問

作成年月日: 2019年01月17日

利用者番号 5

氏名: 田中 花子 様

性別: 女

確定年月日:

生年月日: S19.08.28

(74 歳)

リハビリテーション担当医 _____ 担当 _____ ()

■本人の希望(したい又はできるように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: _____ 直近の入院日: _____ 直近の退院日: _____

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: なし

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

※「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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ()
福祉用具等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
住環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅・居住階 (階) <input type="checkbox"/> 階段、 <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 手すり (設置場所) 食卓 (<input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす トイレ (<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ)
自宅周辺	<input type="checkbox"/>	
社会参加	<input type="checkbox"/>	
交通機関の利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
サービスの利用	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/>	