

リハビリ処方箋

リハビリ処方箋

ID	氏名	性別	生年月日	区分
00000 18888	テスト テスト	男	平成 13年 5月 15日 24歳	外来

指示医	宗像 緩宜	診療科	内科	依頼元	外来
開始日	2026/1/20 (火)	終了日			
発症日		手術日		起算日	
診断日		急性増悪			

療法区分(必須)

☐ PT ☐ OT ☐ ST ☐ 消炎鎮痛

診断名(必須)

指示内容(必須)

--

指導項目（自宅退院予定の方：必須）

--

禁止事項及び注意点等

--

物理療法項目

--

現在の安静度

--

入院時訪問指導に係る評価書

患者ID 0000018888

作成日 日付を選択

1. 基本情報

患者氏名	テスト	男	生年月日	平成 13年 05月 15日 生	24 歳
訪問日	日付を選択		要介護度	要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
訪問先種別	☐ 自宅 ☐ その他 ()		訪問者		
訪問先住所					

2. 情報収集

[illegible]

3. コメント・評価

(解決すべき住環境課題について記入)

4. 住環境の状況の分かる作図や写真を添付（作成、添付することが望ましい）

リハビリテーション経過報告書

リハがけ 患者氏名	テスト 様	生年月日	平成 13年 05月 15日 生	24 歳	性別	男
診断名				障害名		
発症日	日付を選択			起算日	日付を選択	
入院日	年 月 日			リハ開始日	日付を選択	

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載

- ☐ 関節可動域制限 ()
☐ 拘縮・変形 ()
☐ 筋力低下 ()
☐ 疼痛 ()
☐ 運動機能障害 (☐ 麻痺 ☐ 不随意運動 ☐ 運動失調 ☐ パーキンソン)
☐ Br.Stage (☐ 上肢: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI ☐ 手指: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI ☐ 下肢: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI)
☐ 筋緊張異常 ()
☐ 感覚機能障害 (☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 表在覚 ☐ 深部覚)
☐ 音声発話障害 (☐ 構音 ☐ 失語 ☐ 吃音 ☐ その他 ())
☐ 高次脳機能障害 (☐ 記憶 ☐ 注意 ☐ 失行 ☐ 失認 ☐ 逆行) ☐ HDS-R (/ 30点)
☐ その他 ()

基本動作

- | | |
|---|--|
| ☐ 寝返り (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施)
☐ 起き上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施)
☐ 立ち上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施)
☐ 排泄動作 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施) | ☐ 座位保持 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施)
☐ 立位保持 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施)
☐ 食事動作 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施)
☐ 入浴動作 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施) |
|---|--|

PT

OT

ST

以上、簡単ですがご報告申し上げます。今後の継続した御加療の程お願い致します。
 ご不明な点がございましたら、ご連絡ください。

作成日：日付を選択

岩国市立美和病院

〒740-1225 岩国市美和町波前1383番地1

Tel: 0827-96-1155 FAX: 0827-96-1157

PT: PT

OT: OT

ST: ST

リハビリテーション実施計画書									
患者氏名		テスト		性別	男	年齢	24 歳		
算定病名		治療内容				計画評価実施日 (日付を選択)			
		☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語療法				発症日・手術日 (日付を選択)			
						リハ開始日 (日付を選択)			
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									
☐ 意識障害 (☐ JCS・ ☐ GCS)					☐ 関節可動域制限 ()				
☐ 呼吸機能障害					☐ 拘縮・変形 ()				
☐ 酸素療法 () L/min ☐ 気切 ☐ 人工呼吸器					☐ 筋力低下 ()				
☐ 循環障害					☐ 運動機能障害				
☐ EF () % ☐ 不整脈 (☐ 有・ ☐ 無)					(☐ 麻痺 ☐ 不随意運動 ☐ 運動失調 ☐ パーキンソン)				
☐ 危険因子					☐ 筋緊張異常 ()				
☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 糖尿病 ☐ 喫煙					☐ 感覚機能障害 (☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 表在覚 ☐ 深部覚)				
☐ 肥満 ☐ 高尿酸血症 ☐ 慢性腎臓病 ☐ 家族歴					☐ 音声発話障害				
☐ 狭心症 ☐ 陳旧性心筋梗塞 ☐ その他					(☐ 構音 ☐ 失語 ☐ 吃音 ☐ その他 ())				
☐ 摂食嚥下障害 ()					☐ 高次脳機能障害 (☐ 記憶 ☐ 注意 ☐ 失行 ☐ 失認 ☐ 迷行)				
☐ 栄養障害 ()					☐ 精神行動障害 ()				
☐ 排泄機能障害 ()					☐ 見当識障害 ()				
☐ 褥瘡 ()					☐ 記憶障害 ()				
☐ 疼痛 ()					☐ 発達障害				
☐ その他 ()					(☐ 自閉症スペクトラム ☐ 学習障害 ☐ 注意欠陥多動性障害)				
基本動作									
☐ 寝返り (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施)					☐ 座位保持 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施)				
☐ 起き上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施)					☐ 立位保持 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施)				
☐ 立ち上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施)					☐ その他 ()				
日常生活活動(動作) (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			
						FIM BI			
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								
	(杖・装具:)		→			→			
	車椅子								
小計 (FIM 13-31、BI 0-100)			→			→			
認知	コミュニケーション	理解		→					
		表出		→					
	社会認識	社会的交流		→					
		問題解決		→					
		記憶		→					
	小計 (FIM 5-35)			→					
合計 (FIM 18-126)			→						
社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ									
☐ 要介護状態区分				☐ 身体障害者手帳		☐ 精神障害者保健福祉手帳		☐ 療育手帳・愛護手帳	
☐ 申請中 ☐ 要支援状態区分 (☐ 1 ☐ 2)				種 級		級		障害程度	
☐ 要介護状態区分 (☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5)									
目標 (1ヶ月)					目標 (終了時)				
					☐ 予定入院期間 ()				
					☐ 退院先 ()				
					☐ 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)					治療内容 (リハビリテーション実施内容)				
主治医 医師 _____ 作業療法士 _____					説明を受けた人: ☐ 本人 ☐ 家族 () 説明日: _____				
理学療法士 _____ 言語聴覚士 _____					署名 _____				
看護師 _____ 管理栄養士 _____									
説明者署名 _____ 社会福祉士 _____									

目標 ※該当する項目のみ記載する		具体的な対応方針 ※必要な場合記載する
参加	☐ 居住場所 - ☐ 自宅(☐ 戸建 ☐ マンション) ☐ 施設 ☐ その他() ☐ 復職 - ☐ 現職復帰 ☐ 配置転換 ☐ 転職 ☐ 不可 ☐ その他() - ☐ 通勤方法の変更 ☐ 就学・復学・進学 - ☐ 可能 ☐ 就学に要配慮 ☐ 転職 ☐ 不可 ☐ その他() - ☐ 療育・通学先() ☐ 通学方法の変更() ☐ 家庭内役割() ☐ 社会活動() ☐ 趣味()	
活動	☐ 床上移動(寝返り、ずり這い移動、四つ這い移動など) - ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 非実施 - ☐ 装具・杖等 ☐ 環境設 ☐ 屋内移動 - ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 非実施 - ☐ 装具・杖・車椅子等() ☐ 屋外移動 - ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 非実施 - ☐ 装具・杖・車椅子等() ☐ 自動車運転 - ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 非実施 - ☐ 改造() ☐ 公共交通機関利用 - ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 非実施 - ☐ 種類() ☐ 排泄(移乗以外) - ☐ 自立 ☐ 介助(☐ 下衣擦 ☐ 拭き動作 ☐ カテーテル) - ☐ 種類 ☐ 洋式 ☐ 和式 ☐ その他() ☐ 食事 - ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 非実施 - ☐ 箸 ☐ フォーク等 ☐ 胃ろうまたは経管 - ☐ 食形態() ☐ 整容 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 更衣 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 入浴 ☐ 自立 ☐ 介助 - ☐ 浴槽 ☐ シャワー - ☐ 洗体介助 ☐ 移乗介助 ☐ 家事 - ☐ 全て実施 ☐ 非実施 ☐ 一部実施() ☐ 書字 - ☐ 自立 ☐ 利き手交換後自立 ☐ その他() ☐ PC・スマートフォン・ICT - ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ コミュニケーション - ☐ 自立 ☐ 介助 - ☐ コミュニケーション機 ☐ 文字盤 ☐ 他者からの協力	

対応を要する項目		具体的な対応方針
心理	☐ 精神的支援() ☐ 障害の受容() ☐ その他()	
環境	☐ 自宅の改築等() ☐ 福祉機器の導入() ☐ 社会保障サービス - ☐ 身障手 ☐ 障害年 ☐ 難病・小児受給者証 ☐ その他() ☐ 介護保険サービス() - ☐ 通所リハ ☐ 訪問リハ ☐ 通所介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問介護 - ☐ 老健 ☐ 特養 ☐ 介護医療院 ☐ その他() ☐ 障害福祉サービス等 - ☐ 放課後デイ ☐ 児童発達支援(医療・福祉) ☐ 生活介護 ☐ その他 ☐ その他()	
第三者の不利	☐ 退院後の主介護者() ☐ 家族構成の変化() ☐ 家庭内役割の変化() ☐ 家族の社会活動変化()	

長谷川式認知機能評価スケール (HDS-R)

(検査日: 令和08年01月20日(火)) (検査者:)

氏名:	テスト	生年月日:	平成 13年 05月 15日 生	年齢:	24 歳
性別:	男	教育年数 (年数で記入):	年	検査場所:	
DIAG:	(備考)				

質問内容	配点	
1. お歳はいくつですか? (2歳までの誤差は正解)	0 1	
2. 今日は何年の何月何日ですか? (年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年: 0 1 月: 0 1 日: 0 1 曜日: 0 1	
3. 私たちが今いるところはどこですか? (自発的に出れば2点、5秒おいて家ですか? 病院ですか? 施設ですか? のなかから正しい選択をすれば1点)	0 1 2	
4. これから言う3つの言葉を言ってみてください。 あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 (以下の系列のいずれか一つで採用した系列に○印をつけておく) 1:a) 桜 b) 猫 c) 電車 2:a) 梅 b) 犬 c) 自動車	0 1 0 1 0 1	
5. 100から7を順番にひいてください。 (100-7は? それからまた7をひくと? と質問する。 最初の答えが不正解の場合打ち切る。)	(93) 0 1 (86) 0 1	
6. 私がこれから言う数字を逆に言ってください。 (6-8-2、3-5-2-9 を逆に言ってもらう。 3桁逆唱に失敗したら打ち切る。)	(2-8-6) 0 1 (9-2-5-3) 0 1	
7. 先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 (自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下の ヒントを与え正解であれば1点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物)	a 0 1 2 b 0 1 2 c 0 1 2	
8. これから5つの品物を見せます。 それを隠しますので何があったかを言ってください。 (時計、鍵、ペン、タバコ、硬貨など必ず相互に無関係なもの)	0 1 2 3 4 5	
9. 知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。 答えた野菜の名前を下欄に記入する。途中でつまり、約10秒 待っても出ない場合にはそこで打ち切る。	0 1 2 3 4 5	
1. 0点 5. 0点 9. 4点 2. 0点 6. 1点 10. 5点 3. 0点 7. 2点 4. 0点 8. 3点		
満点30。カットオフポイント: 20/21 (20点以下は認知症の疑いあり)		

目標設定等支援・管理シート (様式 23 の 5)

作成日 令和08年01月20日 (火)
説明・交付日 年 月 日

患者氏名： テスト 生年月日： 平成 13年 05月 15日 生

1.発症からの経過 (リハビリテーション開始日： 年 月 日)

2.ADL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	○ 5		○ 0	
トイレ動作	○ 10	○ 5	○ 0	○ 10	○ 5	○ 0	
入浴	○ 5		○ 0	○ 5		○ 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		
		浴槽・シャワー		
	移動	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				

廃用症候群に係る評価表

作成日 2026/1/20 (火)

患者氏名	内科 9	男	☐ 入院 ・ ☐ 外来	
生年月日	昭和 23年 01月 01日 生 (78 歳)		入院日	
主傷病			廃用症候群の診断日	令和08年01月05日(月)
要介護度	☐ 要介護 ・ ☐ 要支援		リハビリテーション起算日	令和08年01月05日(月)

算定している リハビリテーション料 (該当するものを選択)			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	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ヵ月 ☐ 3ヶ月から6ヵ月 ☐ 6ヵ月以上			
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。

リハビリ実施予約票

ID:0000099968

内科 9

様

生年月日 昭和 23年 01月 01日 生 78歳 男

診療科	内科
リハビリ実施予約日・予約時間	
2025年 12月 26日 (金) 9時 00分	
療法区分	
リハ【PT】	
コメント	
リハビリテーション (理学療法)	

お願い：

- ◆病院受付へ予約票をお出ください。
- ◆予約時間は診察の内容・急患対応により遅くなる場合があります。
- ◆急な用事等で予約を変更される時には、下記連絡先へ連絡をお願いします。

TEL 0827-96-1155

美和病院

× 今使っていない

リハ実施計画書

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	テスト	性別	男	年齢	24 歳	計画評価実施日	日付を選択
算定病名		治療内容	☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語療法				
併存疾患・合併症		安静度・リスク	☐ 緊急・特記事項				

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載

☐ 意識障害 (☐ JCS・ ☐ GCS) ☐ 呼吸機能障害 ☐ 酸素療法 () L/min ☐ 気切 ☐ 人工呼吸器 ☐ 循環障害 ☐ EF () % ☐ 不整脈 (☐ 有・ ☐ 無) ☐ 危険因子 ☐ 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 ☐ 家族歴 ☐ 狭心症 ☐ 陳旧性心筋梗塞 ☐ その他 ☐ 摂食嚥下障害 () ☐ 栄養障害 () ☐ 排泄機能障害 () ☐ 褥瘡 () ☐ 疼痛 () ☐ その他 ()	☐ 関節可動域制限 () ☐ 拘縮・変形 () ☐ 筋力低下 () ☐ 運動機能障害 ☐ 麻痺 ☐ 不随意運動 ☐ 運動失調 ☐ ハーモニズム () ☐ 筋緊張異常 () ☐ 感覚機能障害 (☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 表在覚 ☐ 深部覚) ☐ 音声発話障害 ☐ 構音 ☐ 失語 ☐ 吃音 ☐ その他 () ☐ 高次脳機能障害 (☐ 記憶 ☐ 注意 ☐ 失行 ☐ 失認 ☐ 遂行) ☐ 精神行動障害 () ☐ 見当識障害 () ☐ 記憶障害 () ☐ 発達障害 ☐ 自閉症・外傷性 ☐ 学習障害 ☐ 注意欠陥多動性障害
--	--

基本動作

☐ 寝返り (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施) ☐ 起き上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施) ☐ 立ち上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施)	☐ 座位保持 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施) ☐ 立位保持 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施) ☐ その他 ()
---	--

日常生活活動(動作) (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	
		FIM	BI		
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)	→	→	
	排泄	トイレ	→	→	
		排尿コントロール	→	→	
	移乗	排便コントロール	→	→	
		ベッド、椅子、車椅子	→	→	
	移動	トイレ	→	→	
		浴槽、シャワー	→	→	
		歩行	→	→	
(杖・装具:)		→	→		
小計 (FIM 13-81、BI 0-100)		→	→		
認知	コミュニケーション	理解	→		
		表出	→		
	社会認識	社会的交流	→		
		問題解決	→		
	記憶	→			
小計 (FIM 5-35)		→			
合計 (FIM 18-126)		→			

社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ

☐ 要介護状態区分 ☐ 申請中 ☐ 要支援状態区分 (☐ 1 ☐ 2) ☐ 要介護状態区分 (☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5)	☐ 身体障害者手帳 種 級	☐ 精神障害者 保健福祉手帳 級	☐ 療育手帳・愛護手 障害程度	☐ その他(難病等)
目標 (1ヶ月)	目標 (終了時)			
治療方針 (リハビリテーション実施方針)		治療内容 (リハビリテーション実施内容)		
主治医 _____ 理学療法士 _____ 看護師 _____ 説明者署名 _____	作業療法士 _____ 管理栄養士 _____	説明を受けた人: ☐ 本人 ☐ 家族 () 説明日: _____ 署名 _____		