

リハビリテーション実施計画書			
患者氏名	練習 放射線 1	性別	男
生年月日	【カルテより病名取得が可能】	年齢	(74 歳)
併存疾患・合併症	【カルテより病名取得が可能】	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)
		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) ☐ 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 ☐ ハーモニクス ☐ 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) ☐ 精神行動障害 () ☐ 見当識障害 () ☐ 記憶障害 () ☐ 発達障害 ☐ 自閉症スペクトラム障害 ☐ 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		得点 開始時→現在		使用用具及び 介助内容等	
項目		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	→	→	
		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				
	(杖・装具:)	→	→		
	車椅子				
階段		→	→		
小計 (FIM 18-31, 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 35-38)		→		
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)			
	☐ 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 _____ 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		

リハビリテーション実施計画書			
患者氏名	練習 放射線1	性別	男
算定病名	【病名取得が可能】	年齢	74 歳
		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	【病名取得が可能】	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) ☐ 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 ☐ 陣发性心筋梗塞 ☐ 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 ☐ パーキンソン病 ☐ 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) ☐ 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		得点 開始時→現在		使用用具及び介助内容等	
項目					
		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	→	→	
		浴槽、シャワー	→	→	
	移動	歩行			
		(杖・装具:)	→	→	
		車椅子			
	小計 (FIM 13-91, 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)	☐ 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 _____ 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 _____		

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 ☐ 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(寝廻り、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・小慢受給者証 ☐ 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 ()	

指導報告書

指示日	令和07年10月17日(金)	指示医／ マスタ管理者(放射
氏名	レナウ 祐ヤエン 練習 放射線 1	男
生年月日	昭和 25年 12月 25日 生	74 歳

【退院時リハビリテーション指導】		指導日：	
☐ 在宅での訓練	☐ 起立・離床訓練	☐ 起立訓練	☐ 食事訓練
	☐ 排泄訓練	☐ 生活適応	
	☐ 筋力トレーニング指導	☐ その他（	年 月 日 ）
☐ 家族への介助方法指導			
☐ 在宅保健福祉サービスに関する情報提供			
備考			

【退院前訪問指導】		指導日：	年	月	日
指導内容					
家屋調査内容別紙（ ☐ 有 ☐ 無）					

廃用症候群に係る評価表

作成日 2025/10/20 (月)

患者氏名	練習 放射線 1	男	☐ 入院 ・ ☐ 外来	
生年月日	昭和 25年 12月 25日 生 (74 歳)		入院日	
主傷病			廃用症候群の診断日	令和07年10月20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07年10月20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		【病名取得が可能】			
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			
	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 「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 「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。

3 「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。

4 「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。

目標設定等支援・管理シート

作成日

令和07年10月20日(月)

説明・交付日

年 月 日

患者氏名：練習 放射線1

生年月日：昭和 25年 12月 25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				

3.現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在の リハビリテーションの内容
心身機能	【定型文の選択が可能】	【定型文の選択が可能】
活動	【定型文の選択が可能】	【定型文の選択が可能】
社会参加	【定型文の選択が可能】	【定型文の選択が可能】

4.今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

・医師の説明の内容

・患者の受け止め

5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し

(☐ 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）

説明医師署名： 医師 _____

患者又は家族等署名： _____

理学療法経過報告書

記載日 令和07年10月17日(金)

岩国市立錦中央医院
岩国市錦町広瀬1072-1
TEL 0827-72-2321

様

リハビリテーション科 担当療法士

患者氏名	練習 放射線1	性別	男
生年月日	昭和 25年 12月 25日 生	74	歳

益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。この度、上記患者様の理学療法の経過をご報告致します。

【診断名・障害名】

【カルテより病名取得が可能】

【既往歴・合併症】

【カルテより病名取得が可能】

【現病歴】

【カルテより病名取得が可能】

【社会的情報】

【機能評価期間

年 月 日 ~

年 月 日 】

【治療経過及びプログラム】

【備考】