

様式3

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日

年 月 日

リハビリ担当医	PT	OT	ST	看護	SW等
原患疾患(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)		廃用症候群 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 静脈血栓	
日常生活自立度: J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2				痴呆性老人の日常生活自立度判定基準: I, Ia, Ib, IIIa, IIIb, IV, M	

評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)

機能障害	<input type="checkbox"/> 意識障害(3-3-9): <input type="checkbox"/> 痴呆: <input type="checkbox"/> 知的障害: <input type="checkbox"/> 精神障害: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 左上肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT): <input type="checkbox"/> 不随意運動・協調運動障害:	右手指: 左手手指:	右下肢: 左下肢:	<input type="checkbox"/> 知覚障害(<input type="checkbox"/> 視覚, <input type="checkbox"/> 表在覚, <input type="checkbox"/> 深部覚, <input type="checkbox"/> その他: <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"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 呼吸・循環機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛:
	基本動作 立位保持(装具): 平行棒内歩行(装具): 訓練室内歩行(装具):	; <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 ; <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助 ; <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助		

日常生活(病棟)実行状況

訓練時能力

自立度 ADL等	日常生活(病棟)実行状況					訓練時能力						
	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	自立	監視	一部介助	全介助	非実施		
屋外歩行 階段昇降 廊下歩行 病棟トイレへの歩行 "への車椅子駆動(屋) 車椅子・ベッド間移乗 椅子座位保持 ベッド起き上がり 食事 排尿(昼) 排尿(夜) 整容 更衣 装具・靴の着脱 入浴						使用用具 杖・装具 姿勢・実行場所 等 助動内容					使用用具 杖・装具 姿勢・介助内容 場所(訓練室・病棟等)等	
コミュニケーション												

活動度 日中臥床: 無, 有(時間帯):
日中座位: 椅子(背もたれなし), 椅子(背もたれあり), 椅子(背もたれ、肘うけあり), 車椅子, ベッド上, キャッチアップ

社会的不利	職業 (<input type="checkbox"/> 無職, <input type="checkbox"/> 病欠中, <input type="checkbox"/> 休職中, <input type="checkbox"/> 発症後退職, <input type="checkbox"/> 退職予定) (職種・業種・仕事内容): 経済状況:	社会参加(内容・頻度等) 余暇活動(内容・頻度等)
-------	--	------------------------------

心理	障害の受容(<input type="checkbox"/> ショック期, <input type="checkbox"/> 否認期, <input type="checkbox"/> 怒り・恨み期, <input type="checkbox"/> 悲観・抑うつ期, <input type="checkbox"/> 解決への努力期, <input type="checkbox"/> 受容期) 機能障害改善への固執(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)	依存欲求(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い) 独立欲求(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)
----	--	--

環境	同居家族: 親族関係:	家屋: 家屋周囲: 交通手段:
----	----------------	-----------------------

第三者の	発病による家族の変化 <input type="checkbox"/> 社会生活: <input type="checkbox"/> 健康上の問題の発生: <input type="checkbox"/> 心理的問題の発生:
------	---

基本方針	本人の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	家族の希望
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
社会的 不利 (主目標)	退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他: 後継 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他: (仕事内容: 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
能力 障害 (すべて実行状況)	自宅内歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等: 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等: 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (種類: 車椅子 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動 (使用場所: (駆動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)(移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 排泄 <input type="checkbox"/> 自立:形態 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 立ち便器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介助: 食事 <input type="checkbox"/> 客自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> 介助: 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 入浴 <input type="checkbox"/> 自宅浴槽自立 <input type="checkbox"/> 介助: 家事 <input type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: 着字 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: コミュニケーション <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り:	
機能 障害	基本動作(訓練室歩行等) 要薬的機能(拘縮・痲痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	
第三者の 不利	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)	備考
--------------------------------	----

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総合実施計画書記載上の注意)

1. 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日老健第102-2号厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知)によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
2. 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知)によるランクI, II a, II b, III a, III b, IV又はMに該当するものであること。
3. 日常生活(病棟)実行状況の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行しているADL(日常生活行為)についてであること。
4. 訓練時能力の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行うことができるADLについてであること。

様式4

感染対策指導管理の施設基準に係る届出書添付書類

院内感染防止対策委員会	
開催回数	() 回/月
参加メンバー
消毒液の設置	
病室数	() 室
消毒液の設置病室数	() 室
消毒液の種類 [成分名] ※ 成分ごとに記載のこと	. () 室 . () 室 . () 室 . () 室
そ の 他	
感染情報レポートの 作成の有・無	(有 ・ 無)

※ 委員会の開催については、委員会の目的、構成メンバー、開催回数等を記載した院内感染防止対策委員会設置要綱等を添付のこと。

様式5

重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科
2 重症皮膚潰瘍管理を担当する医師の氏名

(記入上の注意)

「1」の標榜診療科は、皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科のいずれかであること。

様式 6

薬剤管理指導の施設基準に係る届出書添付書類

1 医薬品情報管理室等

場 所	設 備 の 目 録	面 積	許 可 病 床 数
		平方メートル	床
業 務 内 容	医薬品情報管理業務マニュアルの作成（予定を含む）	有	無

2 投薬・指導記録

作 成 時 期	保 管 場 所

3 投薬管理状況

4 服薬指導

服薬指導方法	服薬指導マニュアルの作成 （予定を含む）	有	無

（記入上の注意）

「3」については、院内における内用薬、注射薬、外用薬の投薬行為全般について、どのような管理方法を行っているか簡略に記入すること。