

図4b リハビリテーション連携計画表(回復期)

患者氏名:

様

施設名		担当者名	PT	OT	ST
入院日	H 年 月 日	退院日	H 年 月 日		
機能面				日常生活機能評価	
運動麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(重・中・軽)		言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(構音障害・失語症)		入院時 /19	退院時 /19
部位: <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 Br.stage 上肢() 下肢() 手指()		嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		床上安静の指示	0 1
不随意運動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		排泄障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0 1
協調運動障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		呼吸器障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		寝返り	0 1 2
感覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		その他		起き上がり	0 1
高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 疑 (失行・失認・半側空間無視)				座位保持	0 1 2
関節拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位:()				移乗	0 1 2
				移動方法	0 1
				口腔清潔	0 1
				食事摂取	0 1 2
				衣服の着脱	0 1 2
				他者への意思の伝達	0 1 2
				診療・療養上の指示が通じる	0 1
				危険行動への対応	0 1
※機能面及び日常生活機能評価の記入時に於て、入院時の状況は(レ)退院時の状況は(○)で表記する。					
※高次脳機能障害の有無は失語症を除く					
入院時 mRS:() BI:()/100 FIM:()/126			退院時 mRS:() BI:()/100 FIM:()/126		
生活目標					
特記事項					
開始時目標ステップ(I II III IV V) /			退院時目標ステップ(I II III IV V) /		
ステップ	ステップ I	ステップ II	ステップ III	ステップ IV	ステップ V
内容	全介助	ベッド上	車いす	歩行	応用歩行
予定日	/	/	/	/	/
開始日	/	/	/	/	/
完了日	/	/	/	/	/
次のステップに行くための目安	<input type="checkbox"/> 意識が清明である	<input type="checkbox"/> 寝返りできる	<input type="checkbox"/> 車いすへ移乗できる	<input type="checkbox"/> つかまり歩行できる	<input type="checkbox"/> 段差昇降できる
	<input type="checkbox"/> 全身状態が座位に耐えられる	<input type="checkbox"/> 起き上れる	<input type="checkbox"/> 車いす操作ができる	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器等で歩行できる	<input type="checkbox"/> 不整地歩行できる
	<input type="checkbox"/> 背もたれで座れる	<input type="checkbox"/> 座ることができる	<input type="checkbox"/> 立つことができる	<input type="checkbox"/> 10m以上歩くことができる	<input type="checkbox"/> 屋外歩行ができる