

リハビリテーション計画書（アセスメント）

訪問 通所

計画作成日： 平成28 年 5 月 26 日

利用者名： 東 義郎 様

性別： 男性

生年月日： 昭和3 年 3 月 3 日

年齢： 88 歳

介護度： 要介護4

■ 居宅サービス計画の総合的援助の方針	■ 居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題
----------------------------	-------------------------------

■ 利用者の希望	■ 医師の指示
■ ご家族の希望	

■ 健康状態（介護・支援を要す原因となる疾患） 原疾患名・発症日 病名： _____ 発症日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の入院日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の退院日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 経過： _____	■ 合併症・コントロール状況（高血圧,心疾患,呼吸器疾患,糖尿病等） 合併症： _____ 廃用症候群： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
■ リハビリテーションを実施する際の医学的管理（医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む）	

■ 参加（過去実施していたものと現状について記載する）

家庭内の役割の内容

余暇活動（内容および頻度）

社会・地域活動（内容および頻度）

リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組

■ 心身機能

	状況		活動への支障			状況		活動への支障	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運動機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	失語症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	構音障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感覚機能障害 (聴覚,視覚等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	精神行動障害 (BPSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節拘縮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	見当識障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	記憶障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他の 高次機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	栄養障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>