

改正後

様式1

担当医 科

殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	
患者住所	性別 男・女
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日( 歳) 職業	

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 備考 1 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
2 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。  
3 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名	男 女	〒 年 月 日 ( 歳)	要介護度:	担当医:	PT:	OT:	ST:	SW:	看護師:
健康状態(原因疾患, 発症・受傷日等)			合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 呼吸器疾患, 糖尿病等)			廃用症候群: <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" 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			障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)[到達時期]										評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)																
参加「主目標」	退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定 [退院時期: 家庭内役割(家事への参加, 等): 社会活動: 外出(内容・頻度等): 余暇活動(内容・頻度等):										退院実現に向けた課題・条件:															
	自立・介護状況					退院先での実行状況(目標):「する“活動”」					日常生活での実行状況:「している“活動”」					評価・訓練時の能力:「できる“活動”」										
項目	自立	見守り	口頭指導	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ 等 [到達時期]	重点項目	自立	見守り	口頭指導	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ 等	独り	見守り	口頭指導	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ 等	
屋外移動 (含:家の出入り)							杖・装具									杖・装具									杖・装具	
交通機関利用 (含:通院)							電車・タクシー																			
階段昇降							杖・装具									杖・装具									杖・装具	
トイレへの移動							杖・装具									杖・装具									杖・装具	
食卓							用具:									用具:									用具:	
排泄(昼)							便器:									便器:									便器:	
排泄(夜)							便器:									便器:									便器:	

54

65

活動(2)

目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)[到達時期] 退院先での実行状況(目標):「する“活動”」		評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入。) 日常生活での実行状況:「している“活動”」										評価・訓練時の能力:「できる“活動”」									
		自立	見守り	口頭指導	一部介助	全介助	行わず	重点項目	自立	見守り	口頭指導	一部介助	全介助	行わず	見守り	口頭指導	一部介助	全介助	行わず		
項目	自立・介護状況						使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ等 [到達時期]						使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ等					使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ等
整容								移動方法・姿勢:							移動方法・姿勢:						移動方法・姿勢:
更衣 (含:靴・装具の着脱)								姿勢:							姿勢:						姿勢:
入浴							浴槽:													浴槽:	
家事																					
コミュニケーション																					
心身機能								<input type="checkbox"/> 運動機能障害: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺(ステージ・グレード) 右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> その他						<input type="checkbox"/> 知覚障害: <input type="checkbox"/> 視覚, <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <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"/> 拘縮:							
心理								立位保持(装具: : <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 訓練室内歩行: <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助 (杖・装具等: )													
環境	自宅改造: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉用具 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:							家屋 : 家屋周囲: 同居家族:						社会保障サービス <input type="checkbox"/> 身障手帳( 級) <input type="checkbox"/> 障害年金( 級) <input type="checkbox"/> その他:							
第三者(家族等)への影響	退院後の家族の変化:							家族の生活機能 参加面: 健康上の問題:													

本人の希望 参加面:  活動面:	家族の希望 参加面:  活動面:
---------------------------	---------------------------

基本方針(ケアプランの目標、特に退院に向けての具体的計画)	具体的プログラム(リハビリテーションの方針・計画)	リスク・疾病管理(含:過用・誤用)
-------------------------------	---------------------------	-------------------

自己実施プログラム	活動度指示	家族への指導
-----------	-------	--------

前回計画書作成時からの改善・変化, プログラム変更内容	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
-----------	---	---	---	-------	-------	--------

<註> ∵健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による  
 ・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

99

リハビリテーション総合実施計画書(記載例)

改正後

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名 厚生 太郎	性別 男 女	生年月日 T14年 5月 6日生 (78歳)	要介護度: 3	担当医: ○○	PT: ○○	OT: ○○	ST:	SW:	看護師: ○○
健康状態(原因疾患, 発症・受傷日等) 脳出血 (H13.11.10)、右片麻痺 +肺炎 (H14.8) 時の安静による廃用症候群			合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 呼吸器疾患, 糖尿病等) 糖尿病(インスリン朝1回注射)			廃用症候群: □軽度 □中等度 □重度 □起立性低血圧 □静脈血栓			障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 (B) B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 (正常) I IIa IIb IIIa IIIb IV M

目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)[到達時期]		評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)															
参加「主目標」	退院先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定 [退院時期: 15年6月上旬] 家庭内役割(家事への参加, 等): 社会活動: 町内会(元会長)月1回、同窓会(年1回) 外出(内容・頻度等): 通院(隔週) 余暇活動(内容・頻度等) 囲碁(自宅、近所の友人 週3-4回)	退院実現に向けた課題・条件:  ・自宅内生活自立(自宅に隣接する店舗での仕事の合間での介護で十分な状態)特に排泄自立。 ・緊急時に店舗に連絡する緊急ブザーを適切に押せる。 ・6月は店舗が忙しくない時期なので、その時期なら頻回に自宅の状況の確認可能															
	退院先での実行状況(目標):「する“活動”」	日常生活での実行状況:「している“活動”」															
活動(1)	自立・介護状況 項目	退院先での実行状況(目標):「する“活動”」					重点項目	日常生活での実行状況:「している“活動”」					評価・訓練時の能力:「できる“活動”」				
		自立	見守り	口頭指導	一部介助	全行介助		自立	見守り	口頭指導	一部介助	全行介助	独見立	口頭指導	一部介助	全行介助	使用用具 杖・装具
	屋外移動 (含:家の出入り)	レ					杖・装具 短下肢装具 ウォーカーケイン	レ								杖・装具 短下肢装具 ウォーカーケイン	
	交通機関利用 (含:通院)	レ					電車(タケン) 通院時										乗車時: 腰の横移動介助
	階段昇降		レ				杖・装具 短下肢装具 手すり									杖・装具 短下肢装具	てすり
	トイレへの移動	レ					杖・装具	レ	レ							杖・装具 短下肢装具 ウォーカーケイン	
	食事	レ					用具: 箸		レ							用具: 箸	
	排泄(昼)	レ					便器: 尿:立ち便器 便:洋式		レ							便器: 尿:立ち便器	前方もたれ必要
	排泄(夜)	レ					便器: 尿:立ち便器 便:差し込み便器		レ							便器: 尿:立ち便器	

57



<b>本人の希望</b> 参加面: 以前のように近所の友人宅もしくは自宅で囲碁をうちたい。 店の仕事に、迷惑をかけたくない。 活動面: 身の回りのことは一人でやれる	<b>家族の希望</b> 参加面: 日中は一人で自宅生活ができる。 活動面: 一人でトイレが行えること
---	---

<b>基本方針(ケアプランの目標、特に退院に向けての具体的計画)</b>  移動を、入院前までの「訓練はT字杖と短下肢装具の歩行、実生活は車椅子」から、「ウォーカーケインと短下肢装具」に変更し、実用歩行訓練、活動向上訓練を行うことで、車椅子生活レベルから歩行生活へ向上させる。  自宅生活が椅子生活、つたい歩きで自立するように、自宅生活を想定した活動向上訓練を開始時から行う。 (自宅・自宅周囲見取り図で細かくチェックしていく)  退院後の寝たきり予防のために頻回に外出できるように、自宅周辺の屋外環境を想定して訓練を行う。	<b>具体的プログラム(リハビリテーションの方針・計画)</b>  廊下歩行がウォーカーケインと短下肢装具で自立可能と予測される。自立までは介護職により、その後自己訓練として頻回に行う。これによって廃用症候群の改善のための活動性向上をはかる。  歩行・立位姿勢でのADLが、まず整容で自立するように、PT・OTによる「できる活動」、看護・介護による「している活動」ともに重点をおく。 その後屋内トイレ歩行、屋外歩行へとすすめる。 ウォーカーケインと短下肢装具で室内歩行自立後、畳上の家具の伝い歩きを行う。  日中はダイルームで囲碁を左手でうったり、囲碁の本を読むことをすすめる。	<b>リスク・疾病管理(含:過用・誤用)</b>  低血糖発作の危険があるため、訓練時は角砂糖を常備し、発作が起きた可能性がある場合は角砂糖を投与し、医師を呼ぶこと
---	---	--

<b>自己実施プログラム</b>  ・廊下歩行 片道ずつ×2往復 1時間毎 ・起立台での足関節背屈 5分 朝・夕	<b>活動度指示</b> ・姿勢: 日中ダイルームで椅子座位 ・移動: 病棟内; 歩行 病棟外; 介助歩行 ・1日歩行量: 3,000歩以上	<b>家族への指導</b> ・退院後の介護者: 入浴時-長男
---	--	-----------------------------------

<b>前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容</b>	<b>備考</b>
-----------------------------------	-----------

本人・家族への説明	年 月 日	本人サイン	厚生 太郎	家族サイン	説明者サイン	○ ○
-----------	-------	-------	-------	-------	--------	-----

<註> ・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による  
 ・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

感染対策指導管理に係る内容

院内感染防止対策委員会	
開催回数	(            ) 回/月
参加メンバー	・ ・ ・ ・
水道・消毒液の設置	
病室数	(            ) 室
水道の設置病室数(再掲)	(            ) 室
消毒液の設置病室数(再掲)	(            ) 室
消毒液の種類 [成分名] ※ 成分ごとに記載のこと	・ (            ) 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。



### 褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 男 女 \_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_ 計画作成日 \_\_\_\_\_  
 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳) \_\_\_\_\_ 記入担当者名 \_\_\_\_\_

褥瘡の有無  
 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部) 褥瘡発生日 \_\_\_\_\_  
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部)

危険因子の評価	日常生活自立度				対処
	J (1, 2)	A (1, 2)	B (1, 2)	C (1, 2)	
・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)	できる		できない		「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
・病的骨突出	なし		あり		
・関節拘縮	なし		あり		
・栄養状態低下	なし		あり		
・皮膚湿潤 (多汗、尿失禁、便失禁)	なし		あり		
・浮腫 (局所以外の部位)	なし		あり		
褥瘡の状態の評価	深さ	(0) なし (1) 持続する発赤 (2) 真皮までの損傷 (3) 皮下組織までの損傷 (4) 皮下組織を越える損傷 (5) 関節腔、体腔にいたる損傷または、深さ判定不能の場合			
	滲出液	(0) なし (1) 少量：毎日の交換を要しない (2) 中等量：1日1回の交換 (3) 多量：1日2回以上の交換			
	大きさ (cm <sup>2</sup> ) 長径×長径に直行する最大径	(0) 皮膚損傷なし (1) 4未満 (2) 4以上16未満 (3) 16以上36未満 (4) 36以上64未満 (5) 64以上100未満 (6) 100以上			
	炎症・感染	(0) 局所の炎症徴候なし (1) 局所の炎症徴候あり (創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛) (2) 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭) (3) 全身的影響あり (発熱など)			
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0) 創閉鎖又は創が浅い為評価不可能 (1) 創面の90%以上を占める (2) 創面の50%以上90%未満を占める (3) 創面10%以上50%未満を占める (4) 創面の10%未満を占める (5) 全く形成されてない			
	壊死組織	(0) なし (1) 柔らかい壊死組織あり (2) 硬く厚い密着した壊死組織あり			
	ポケット (cm <sup>2</sup> ) (ポケットの長径×長径に直行する最大径) - 潰瘍面積	(0) なし (1) 4未満 (2) 4以上16未満 (3) 16以上36未満 (4) 36以上			

看護計画	留意する項目		計画の内容
	ベッド上	イス上	
圧迫、ズレカの排除  (体位変換、体圧分散器具、頭部舉上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上		
	イス上		
スキンケア			
栄養状態改善			
リハビリテーション			

(記載上の注意)  
 1 日常生活自立度の判定に当たっては『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 厚生省大臣官房老人保険福祉部長通知 老健第102-2号) を参照のこと。  
 2 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該計画書の作成を要しないものであること。

入院診療計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
症状 治療により改善すべき点等	
全身状態の評価 (ADLの評価を含む)	
治療計画 (定期的検査、日常生活機能の保持・回復、入院治療の目標等を含む)	
リハビリテーションの計画 (目標を含む)	
栄養摂取に関する計画	
感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策 (予防対策を含む)	
その他 ・看護計画 ・退院に向けた支援計画 ・入院期間の見込み等	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(主治医氏名) \_\_\_\_\_ 印