

労災リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女		年生 (歳)		計画評価実施日 年 月 日								
リハ担当医	PT	OT	ST										
原因疾患(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)										
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)													
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右 upper limb: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:)			<input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(□構音障害, □失語症:種類) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:									
	基本動作	立位保持(装具:) □手放し, □つかまり, □不可 平行棒内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □非実施 訓練室内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □非実施											
活動	自立度	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」				訓練時能力:「できる“活動”」							
		自	監	部	全	非	独	監	一	全	非	使用用具	姿勢・
	ADL・ASL等	立	視	介	助	実	立	視	助	介	実	杖・装具	場所(訓練室・病棟等)
	屋外歩行												
	病棟トイレへの歩行												
	病棟トイレへの車椅子駆動												
	車椅子・ベッド間移乗												
	椅子座位保持												
	ベッド起き上がり												
	排尿(昼)												
排尿(夜)													
食事													
整容													
更衣													
装具・靴の着脱													
入浴													
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, □車椅子, □ベッド上, □キャッチアップ		理由											
参加	職業(□無職, □病欠中, □休職中, □発症後退職, □退職予定) これまでの職種・業種・仕事内容: これまでの通勤方法: 復職希望 □現職復帰 □転職 □その他: 経済状況:				社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。)								
	復職 □現職復帰 □転職 □不可 □その他: 仕事内容の変更 □無 □有: 通勤方法の変更 □無 □有: 職場復帰に向けた目標:				本人の希望								
目標					家族の希望								
方針					リハビリテーション終了の目安・時期								
具体的アプローチ													
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							

(記入上の留意点)

- 「評価項目・内容」の「参加」欄の「これまでの職種・業種・仕事内容」、「これまでの通勤方法」、「復職希望」を記入すること。
- 「目標」欄には、傷病労働者のこれまでの仕事内容、これまでの通勤方法、復職希望等を踏まえ、仕事内容及び通勤方法の変更の必要性を判断し、「職場復帰に向けた目標」を設定の上、記入すること。
- 「具体的アプローチ」欄には、傷病労働者の「職場復帰に向けた目標」を踏まえ、業務内容・通勤方法を考慮したアプローチ(キーボードの打鍵やバスへの乗車等)を記入すること。