

労災リハビリテーション評価計画書

| | | | | | |
|---|-----|----------|----|---|---|
| 患者氏名： | 男・女 | 生年月日（西暦） | 年 | 月 | 日 |
| 原因疾患 | | | | | |
| [心大血管疾患・脳血管疾患等・廃用症候群・運動器・呼吸器（該当するものに○をして下さい）] | | | | | |
| リハビリテーション起算日（発症日、手術日、急性増悪の日、治療開始日） | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 現在の評価及び前回評価計画書作成日（ 年 月 日）からの改善・変化等 | | | | | |
| 治療目標等 | | | | | |
| （1）標準的算定日数を超えて行うべき医学的所見（必要性・医学的効果等） | | | | | |
| | | | | | |
| （2）目標到達予想時期： 年 月頃 | | | | | |
| （3）その他特記事項 | | | | | |
| | | | | | |
| 評価計画書作成日： 年 月 日 | | | | | |
| 医療機関名 | | | 医師 | | |

注 前回評価計画書作成日からの改善・変化等の記載については、初回評価計画書作成日においては不要であること。