

個別機能訓練 実施計画書

記入者氏名

計画日

年

月

日(第

回)

利用者氏名	男 女	M・T・S 年 月 日(歳)	要介護度 自立・要支援・()	機能訓練 指導員
利用者住所			電話・FAX	
主治医	所属		連絡先	
介護支援専門員	所属		連絡先	
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)		廃用症候群: <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧、 <input type="checkbox"/> 静脈血栓	リハビリテーション歴
日常生活自立度: J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		痴呆性老人日常生活自立度: I・II a・II b・III a・III b・IV・M		利き手: 右・右(矯正)・左
基本方針:			本人の希望:	
リスク:			家族の希望:	
機能訓練終了の目安・時期:			自宅訓練の計画:	
	目 標(到達時期)			具体的アプローチ
参加(主目標)	家庭生活(家庭内役割): 対人関係: 主要な生活領域: コミュニティーライフ:			
活動(すべて実況)	自宅内歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助:(装具・杖等:) 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助:(装具・杖等:) 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助:(種類:) 車椅子 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動(使用場所:) (駆動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)(移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) 排泄 <input type="checkbox"/> 自立:形態 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 立ち便器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介助: 食事 <input type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> 介助: 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 入浴 <input type="checkbox"/> 自宅内浴槽自立 <input type="checkbox"/> 介助: 家事 <input type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: 書字 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: コミュニケーション <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり:			
心身機能・構造	基本的動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)			
心理	機能障害改善への固執からの脱却:			
環境	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 社会保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:			
家族等への影響	主介護者 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:			
備考:				
説明者		本人 署名	家族 署名	
本人・家族への説明 年 月 日				