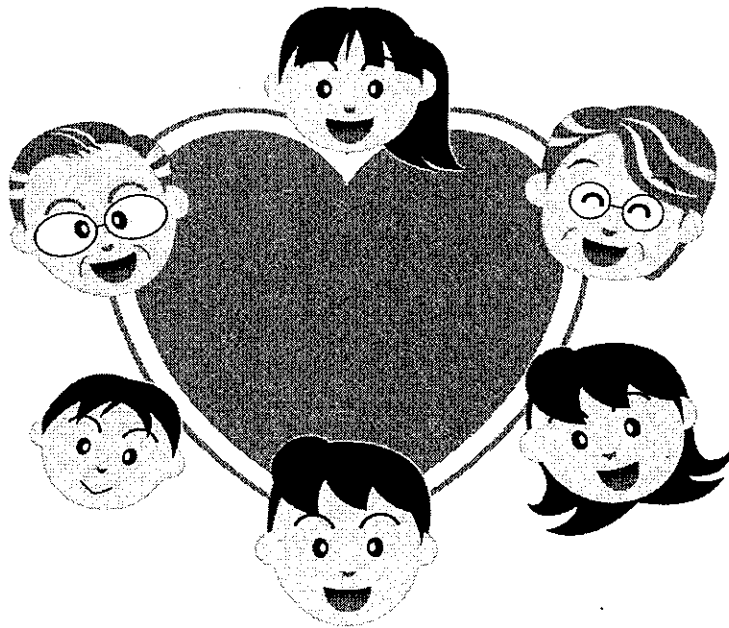


# 私のリハビリノート

Ver. 1



# 「私のリハビリノート」を手にとられた方へ

この「私のリハビリノート」は、脳卒中になったご本人やご家族が自宅に戻られてから、できるだけ不安なく日常生活を過ごしていただけるように、そして、ご本人が新たな目標をもってあせらず諦めずにリハビリを続けることができるようにと願って作成しました。

病気をされてから、病院の職員、患者さんやご家族同士、そして、ケアマネジャーや市町村の職員など、今まで出会ったことのない方達との新たな出会いがあったと思います。これからも、たくさんの関係者が連携しながらご本人やご家族をサポートいたしますので、心配事や辛い事など一人で悩まずにご相談ください。

この「私のリハビリノート」が、回復のための着実な一歩を支えるものとなり、ご本人やご家族が自宅で充実感のある心豊かな生活を過ごされる上でお役に立てば幸いです。



## 目次

1. 「私のリハビリノート」の使い方	1
2. 私の記録	2
3. 退院時のリハビリ記録	4
4. 介護・福祉サービス／住環境の記録	6
5. 健康状態と生活の記録	8



# 1. 「私のリハビリノート」の使い方

このノートは、患者さんご自身やご家族に持っていただくものです。患者さんご本人やご家族、支援者の方が記入することで、健康管理に役立てましょう。

## (1) 私の記録

あなたの体の大切な記録になります。  
ご家族や病院のスタッフなどと協力して記入してください。

## (2) 退院時のリハビリ記録

退院時の基本動作と日常生活動作の当てはまる項目にチェックしましょう。  
また、あなたが退院する時に自宅で行うリハビリや心掛けることについてリハビリ担当者と話しましょう。  
退院後状態に変化があったことなどは、自由記載欄に書きましょう。

## (3) 介護・福祉サービス・住環境の記録

自宅でのサービス開始時などに当てはまる項目にチェックし、開始時期などを書きましょう。

## (4) 健康状態と生活の記録

あなたの健康状態やリハビリの状況について時期を決めて(例：6か月に1回、1年に1回)書きましょう。  
また、心配なことや困っていることがあればノートに書いて、かかりつけ医やリハビリ担当者、ケアマネジャーに相談しましょう。



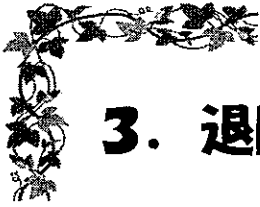


## 2. 私の記録

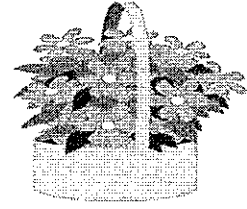
平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	(男・女)
生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 電話
緊急時の連絡先	1 (続柄 ) 電話
	2 (続柄 ) 電話
かかりつけ医 の連絡先	医療機関名 医師名 電話
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	所属 氏名 電話
訪問看護ステーション	所属 氏名 電話
	所属 氏名 電話

<p>脳卒中以外で現在 治療している病気</p> <p>〔退院後にかかった病気 も記入してください〕</p>	<p>病 名 ( 年 月から)</p> <p>医療機関名</p> <p>主治医</p>
	<p>病 名 ( 年 月から)</p> <p>医療機関名</p> <p>主治医</p>
	<p>病 名 ( 年 月から)</p> <p>医療機関名</p> <p>主治医</p>
	<p>病 名 ( 年 月から)</p> <p>医療機関名</p> <p>主治医</p>
<p>既 往 歴</p> <p>〔過去に入院・通院した 病気を記入してください〕</p>	<p>1 ( 歳ごろ)</p> <p>2 ( 歳ごろ)</p> <p>3 ( 歳ごろ)</p> <p>4 ( 歳ごろ)</p>
<p>福 祉 制 度</p>	<p>1 身体障害者手帳 ( 級)</p> <p>2 介護保険申請 有・無・申請中</p> <p>介護認定区分</p> <p>要支援 1・2</p> <p>要介護 1・2・3・4・5</p> <p>認定期間</p> <p>平成 年 月 日から</p> <p>平成 年 月 日</p>



### 3. 退院時のリハビリ記録



☆ご自身で、あるいは家族の方といっしょに記入しましょう

発症日： 年 月 日

病名： 脳梗塞 脳内出血 クモ膜下出血 その他( )

障害名： 右麻痺 左麻痺 両麻痺 その他( )

病院名： (TEL )

入院期間： 年 月 日～ 年 月 日

リハビリ担当者： 作業療法士 理学療法士  
言語聴覚士 その他

#### ○退院時の基本動作 (記入日： 年 月 日)

寝返る	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
起き上がる	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
座位の姿勢を保つ	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
立ち上がる	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
立位の姿勢を保つ	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
移乗の動作	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない

#### ○退院時の日常生活動作 (記入日： 年 月 日)

食 事	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 経管栄養			
排 泄	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他( )			
室内移動	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行車使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> その他( )			
入 浴	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
会 話	話すこと	<input type="checkbox"/> 支障はない	<input type="checkbox"/> 時々支障がある
	理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> だいたいできる

## ○補装具の作製

品目		作製日	年 月
品目		作製日	年 月

## ○退院後の生活に対する私の目標や希望

例えば…一人ではできないが手伝ってもらい料理をしたい。

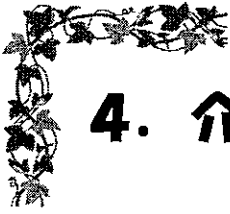
## ○私の目標や希望を実現するために

- 私が工夫できること(やりたいと思っていること)
  
- 家族や友人等を手伝ってほしいこと
  
- 退院にあたり不安に思うこと
  
- リハビリ担当者からのアドバイス

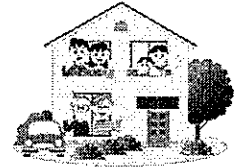


## 自由記載欄

[ ]



## 4. 介護・福祉サービス／住環境の記録



### ○利用しているサービス

サービス内容	開始時期	利用施設名・連絡先等	利用回数
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	年 月		
<input type="checkbox"/> 通所介護	年 月		
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	年 月		
<input type="checkbox"/> 訪問介護	年 月		
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	年 月		
<input type="checkbox"/> 訪問看護	年 月		
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	年 月		
<input type="checkbox"/> その他	年 月		

通所リハビリ：施設や病院等で食事、入浴などの日常生活の支援やリハビリを日帰りで行います。

通所介護：施設や病院等で食事、入浴などの日常生活の支援を日帰りで行います。

訪問リハビリ：自宅での生活を向上させるために、理学療法士や作業療法士等が訪問してリハビリを行います。

訪問介護：ホームヘルパーが自宅を訪問し、身体介護(入浴・排泄・食事等)や生活介護(調理、洗濯等)を行います。

訪問入浴：自宅で入浴介助を行います。

訪問看護：病気を抱えている人に看護師が訪問して、診療の補助やお世話を行います。

居宅療養管理指導：医師、歯科医師、薬剤師、栄養士等が訪問し療養上の指導を行います。



## ○住宅改修

改修場所	改修時期	改修内容や不都合の状況等
<input type="checkbox"/> トイレ	年 月	
<input type="checkbox"/> 浴室	年 月	
<input type="checkbox"/> 玄関	年 月	
<input type="checkbox"/> 廊下	年 月	
<input type="checkbox"/> 寝室	年 月	
<input type="checkbox"/> その他	年 月	

住宅改修費支給：手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修をした時に費用が支給されますので、担当のケアマネジャーに相談しましょう。

## ○福祉用具の貸与・購入（現在使用中の用具を記入）



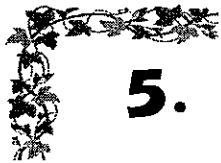
--	--

## ○交付を受けている手帳等

種別	交付日	等級	内容
身体障害者手帳	年 月 日	種 級	
	年 月 日	種 級	
	年 月 日	種 級	

## ○介護保険申請の状況

介護認定区分	認定期間
要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	年 月 日～ 年 月 日
要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	年 月 日～ 年 月 日
要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	年 月 日～ 年 月 日
要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	年 月 日～ 年 月 日
要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	年 月 日～ 年 月 日



## 5. 健康状態と生活の記録

年月日	私の目標や希望	今の気分 (○をつけましょう)
H /		
H /		

### 基本的な事項

項目	年 月 日	年 月 日
血 圧	/ mm Hg	/ mm Hg
体 重	kg	kg
食 欲	良 ・ 不良 ( )	良 ・ 不良 ( )
睡 眠	良 ・ 不良 ( )	良 ・ 不良 ( )
タバコ	吸う 本/日 ・ 吸わない	吸う 本/日 ・ 吸わない
飲 酒	飲む 合/日 ・ 飲まない	飲む 合/日 ・ 飲まない

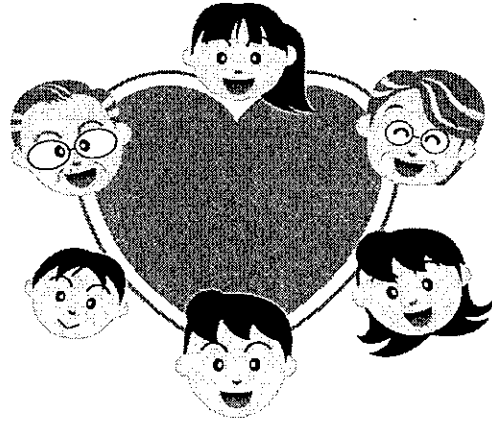
### 集团的日常生活活動 IADL 尺度

\*当てはまる項目に○をつけましょう

項 目		年 月 日	年 月 日
電 話 の 使用	自分から積極的に電話をかける (番号を調べてかけるなど)		
	知っている 2、3 の番号へ電話をかける		
	電話に出るが、自分からはかけない		
	電話を全く使用しない		
買 い 物	すべての買物は自分で行う		
	小さな買物は自分で行う		
	買物に行く時はいつも付添いが必要		
	買物は全くできない		
食 事 の 支 度	献立、調理、配膳を適切に 1 人で行う		
	材料があれば適切に調理を行う		
	調理済み食品を温めて配膳する、また調理するが栄養 的配慮が不十分である		
	調理、配膳を家族にしてもらう必要がある		

項 目		年 月 日	年 月 日
家 事	家事を一人でこなす。または重労働など、ときどき手助けを要する		
	皿洗いや寝具の支度などの日常的仕事はできる。		
	簡単な日常的仕事はできるが、十分な清潔さを維持できない		
	すべての家事に手助けを必要とする		
	すべての家事にかかわらない		
洗 濯	自分の洗濯は自分で行う		
	靴下程度のゆすぎなど簡単な洗濯をする		
	すべて他人にしてもらわなければならない		
外出時の移動	自分で公共交通機関を利用したり自動車を運転する タクシーを利用するが、他の公共交通機関は利用しない		
	付き添いがいたり、皆と一緒に公共交通機関を利用する		
	付き添いか皆と一緒に、タクシーか自動車に限られる		
	全く外出しない		
服 薬	正しい時に正しい量の薬を飲むことに責任がもてる		
	薬が分けて準備されていれば飲むことができる		
	自分の薬を管理できない		
家 計 管 理	家計を自分で管理している (予算、請求書支払、銀行へ行くこと)		
	日々の小銭は管理するが、預金や大金などでは手助けを必要とする		
	金銭の取り扱いができない		

年月日	心配なこと・困っていること	関係者からのアドバイス
H /		
H /		



富山老人保健福祉圏域地域リハビリテーション連絡協議会  
富山地域リハビリテーション広域支援センター

〔 富山市民病院リハビリテーション科      TEL 076-422-1112 〕  
〔 かみいち総合病院リハビリテーション科      TEL 076-472-1212 〕

(平成 23 年 8 月)