

【個別機能訓練計画書】

作成日： 年 月 日	前回作成日： 年 月 日	初回作成日： 年 月 日
ツカナ 氏名	性別 生年月日 年 月 日生(歳)	計画作成者： 職種：
要介護度	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度
<input type="checkbox"/> リハ・個別機能、栄養、口腔の一体的取り組み		

I 利用者の基本情報

本人の希望	家族の希望
本人の社会参加の状況	居宅の環境(環境因子)

健康状態・経過

病名 発症日・受傷日： 年 月 日 直近の入院日： 年 月 日 直近の退院日： 年 月 日
治療経過(手術がある場合は手術日・術式等)
合併症： <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡 ※上記以外の疾患 <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他
機能訓練実施上の留意事項(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練の目標

短期目標(今後3ヶ月)		長期目標	
機能		機能	
活動		活動	
参加		参加	
前回作成した短期目標に対する目標達成度 (達成・一部・未達)		前回作成した長期目標に対する目標達成度 (達成・一部・未達)	

※目標設定方法の詳細や生活機能の構成要素の考え方は、通知本体を参照のこと。

※目標達成の目安となる期間についてもあわせて記載すること。

※短期目標(長期目標を達成するために必要な行為)は、個別機能訓練計画書の訓練実施期間内に達成を目指す項目のみを記載することとして差し支えない。

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練項目

	プログラム内容(何を目的に(～のために)～する)	留意点	頻度	時間	主な実施者
①			週 回	分/回	
②			週 回	分/回	
③			週 回	分/回	
④			週 回	分/回	

※短期目標で設定した目標を達成するために必要な行為に対応するよう、訓練項目を具体的に設定すること。

プログラム立案者：

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること	特記事項
-----------------------------	------

III 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練の実施による変化	個別機能訓練実施における課題とその要因
----------------	---------------------

※個別機能訓練の実施結果等をふまえ、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはⅢについては記載不要である。

事業所名：	説明日： 年 月 日 説明者：
-------	--------------------

上記計画の内容について、説明を受け、同意し、交付を受けました。

年 月 日

ご本人氏名：

ご家族氏名：