

재 활 치 료 계 획 서				
환 자	성 명	(남, 여)	생년월일	
	지급보증번호		입(내)원일자	
치료기간	~ (주)			
주 치 의		팀 회의 일자	. . .	
장 애 (Impairment)				
활동 한계 (Activity limitation)				
기 왕 증				
회의 참석자				
주요 안건				
평가내용	물리치료평가	※ 근력, 균형, 보행여부 등의 내용		
	작업치료평가	※ 정량적 일상생활동작(K-MBI) 등의 내용		
	재활사회사업	※ need 파악, 가족지지, 향후 퇴원이후 계획 등의 내용		
	재활심리평가	※ MMSE, 치료동기, 행동장애 여부 등의 내용		
	재활간호평가	※ 혈압, 당뇨 등 내과적 문제, 욕창여부 등의 내용		
	기타 평가	※ 언어치료 평가, 등 표준화된 검사내용을 기재		
특이사항				
종합평가 및 치료계획	※ 평가내용을 근거로 치료목표와 연결되는 재활치료계획(치료목표 및 치료방법, 예상 치료 기간 등)을 기재			
전문과목 : 재활의학과 면허번호 : 의사성명 : (서명 또는 인)				