

脳卒中診療情報提供書（急性期→回復期）										<input type="checkbox"/> 算定あり		<input type="checkbox"/> 算定なし	
静岡県東部・伊豆地区脳卒中地域連携パス 様式3										紹介先			
記載者・日		記載者		Dr	Ns		SW	セラピスト		年 月 日			
病院名				診療科				担当責任医師					
患者名		フリガナ		生年月日		年 月 日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
住所		〒						電話番号					
診断名		<input type="checkbox"/> 脳梗塞 (<input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> アテローム血栓症 <input type="checkbox"/> 心原性 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 出血性脳梗塞あり <input type="checkbox"/> 多発性 <input type="checkbox"/> 脳出血 (<input type="checkbox"/> 高血圧性 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> くも膜下出血 (<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤破裂 <input type="checkbox"/> 脳動脈奇形破裂 <input type="checkbox"/> その他 ()) (脳動脈瘤の部位:) (脳動脈攣縮 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> その他 ()											
病巣部位		<input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 大脳皮質下 <input type="checkbox"/> 被殻 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 中脳 <input type="checkbox"/> 小脳 <input type="checkbox"/> 橋 <input type="checkbox"/> 延髄 <input type="checkbox"/> 脊髄 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左											
CT・MRI		発症時								MRIの可・不可			
		直近								<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
MRA		Angiogram (DSA)						<input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施					
発症日		年 月 日	入院日	年 月 日	入院時NIHSS: 点	退院日	年 月 日						
現病歴 (診療経過)													
意識レベル		<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> JCS:				<input type="checkbox"/> GCS: E 点 V 点 M 点							
入院中の合併疾患		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> MRSA感染症 部位 () <input type="checkbox"/> 消化管出血 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> その他 ()											
手術		<input type="checkbox"/> あり (手術日: 月 日 術式:) (手術日: 月 日 術式:) (手術日: 月 日 術式:)											
t-PA		<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 使用あり (<input type="checkbox"/> 著効 <input type="checkbox"/> 効果あり <input type="checkbox"/> 無効 <input type="checkbox"/> 悪化)											
既往歴		<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 関節症 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> その他 ()											
リスク因子		<input type="checkbox"/> 高血圧症 (コントロール状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (コントロール状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (コントロール状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良) インシュリン使用 <input type="checkbox"/> あり (種類) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 心房細動 その他の不整脈 () <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし											
胸部X-P		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり ()											
ECG		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり ()											
頸動脈エコー		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり () <input type="checkbox"/> 未実施											
ホルターECG		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり () <input type="checkbox"/> 未実施											
心エコー		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり () <input type="checkbox"/> 未実施											
VF・VE		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり () <input type="checkbox"/> 未実施											
血液所見		<input type="checkbox"/> WBC () <input type="checkbox"/> Hb () <input type="checkbox"/> Alb () <input type="checkbox"/> 血糖 () <input type="checkbox"/> HbA1c () <input type="checkbox"/> LDL-cho () <input type="checkbox"/> HDL-cho () <input type="checkbox"/> BUN () <input type="checkbox"/> Cr () <input type="checkbox"/> 尿酸 () <input type="checkbox"/> CRP () <input type="checkbox"/> PT-INR () <input type="checkbox"/> HBV () <input type="checkbox"/> HCV () 実施日 年 月 日											
与薬		<input type="checkbox"/> 降圧剤 () <input type="checkbox"/> 糖尿病薬 () <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 () <input type="checkbox"/> 抗癌薬 (血中濃度 月 日) <input type="checkbox"/> ワーファリン (錠) <input type="checkbox"/> INRコントロール範囲 (~) <input type="checkbox"/> 新規抗凝固薬 () <input type="checkbox"/> 脂質異常症薬 () <input type="checkbox"/> その他 ()											
<input type="checkbox"/> 処方別紙添付あり													
禁忌薬剤		<input type="checkbox"/> あり											
本人・家族への説明													

医師記入

発症前の生活状況の概要						M S W 記 入
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者あり <input type="checkbox"/> 配偶者なし <input type="checkbox"/> 同居者 ()					
キーパーソン	氏名 (続柄:) 住所				TEL	
今後の方向性	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設 <input type="checkbox"/> 病院					
住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (<input type="checkbox"/> EVあり <input type="checkbox"/> EVなし) <input type="checkbox"/> 施設入所 ; 住宅改修 (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)					
本人・家族の希望 その他特記事項						
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (区分: 等級:)					
介護保険	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中・区分変更 <input type="checkbox"/> 認定済み (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)					
ケアマネージャー	事業所名		電話番号		担当者名	
在宅主治医	医療機関		電話番号		主治医名	
歯科医	医療機関		電話番号		主治医名	
神経所見	利き腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 記憶力障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 左無視 <input type="checkbox"/> 右無視 <input type="checkbox"/> 半盲 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 眼球運動障害 () <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 両麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> パーキンソニズム Br stage <input type="checkbox"/> 上肢() <input type="checkbox"/> 手指() <input type="checkbox"/> 下肢() 健側MMT <input type="checkbox"/> 上肢() <input type="checkbox"/> 手指() <input type="checkbox"/> 下肢() <input type="checkbox"/> 体幹() <input type="checkbox"/> 小脳失調 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 感覚障害 <input type="checkbox"/> 膀胱直腸障害 <input type="checkbox"/> その他の運動障害() <input type="checkbox"/> その他 ()					セ ラ ピ ス ト 記 入
PT・OT・ST	1週間あたり平均リハ実施回数	PT 回	OT 回	ST 回		
	PT開始日 (月 日)	内容 ()				
	OT開始日 (月 日)	内容 ()				
	ST開始日 (月 日)	内容 ()				
コメント						
認知機能	HDS-R (点)	MMSE (点)	SLTA			
BI・FIM・mRS	入院時 BI	FIM (運動 認知)	mRS			
	退院時 BI	FIM (運動 認知)	mRS			
移動補助具の使用	杖・装具等 () 車椅子 ()					
バイタルサイン 測定日 月 日	血圧 (/)	脈拍 (bpm)	体温 (°C)	SpO2 (%)		
	身長 (cm)	体重 (kg)				
口腔の状態	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合) ; 口腔衛生 (<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良)					
食事内容	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> アレルギー・嗜好等 () <input type="checkbox"/> 制限食 (Kcal <input type="checkbox"/> 塩分 (g) <input type="checkbox"/> 蛋白 (g) <input type="checkbox"/> 脂質 (g)) 食事の形態 主食: <input type="checkbox"/> () 分粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 嚥下食の形態 () 食事の動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () 経管栄養の内容 () 水分 () 栄養状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ; NST関与 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
排尿	尿失禁 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし ; 頻尿 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ					
排便	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ					
入浴・清潔	<input type="checkbox"/> ベッド上清拭 <input type="checkbox"/> 洗面所使用 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 通常の浴槽に入浴					
視力・聴力	視力問題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ; 聴力問題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
問題行動	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 () 対処方法 () 夜間睡眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 良好 身体拘束 <input type="checkbox"/> あり 理由: () 期間又は時間帯: ()					
日常生活自立度	寝たきり度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	評価日				
	認知症度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M				月 日	
	B項目 () 点 ※ 病院の様式コピーを添付					
特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 経胃瘻栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 間歇導尿 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 部位と方法 () <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし					
コメント						