

静岡県東部・伊豆地区脳卒中地域連携パス 様式4

脳卒中患者情報提供書		記載日		年 月 日		医療機関名		記載医師名						
1	氏名	2	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	3	年齢	歳	4	身長	cm	5	体重	kg
6	住所 〒							7	電話番号					
8	同居家族又は キーパーソンの氏名	住所				電話番号								
9	今後利用するサービス施設名	担当ケアマネ氏名												
11	診断名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 脳出血	<input type="checkbox"/> くも膜下出血	<input type="checkbox"/> その他	()								
12	既往歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	疾患名	1			2						
(入院記録)			3			4			5					
13-1	発症日	年 月 日												
13-2	急性期病院入院期間	年 月 日 ~				年 月 日								
13-3	回復期病院入院期間	年 月 日 ~				年 月 日								
治療経過														
14	合併疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 尿路感染症	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 消化管出血								
		<input type="checkbox"/> MRSA感染	<input type="checkbox"/> その他 ()											
15-1	手術歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()											
15-2	手術日	年 月 日												
15-3	手術方法													
16	受診方法	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 往診											
医師記入欄	(主な障害)	左				右								
17-1	身体上の麻痺 (上肢)	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 重度					<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 重度			
17-2	身体上の麻痺 (下肢)	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 重度					<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 重度			
	意識状態(JCS表記)	<input type="checkbox"/> I-1	<input type="checkbox"/> I-2	<input type="checkbox"/> I-3	<input type="checkbox"/> II-10	<input type="checkbox"/> II-20	<input type="checkbox"/> II-30	<input type="checkbox"/> III-100	<input type="checkbox"/> III-200	<input type="checkbox"/> III-300				
	意識変容	<input type="checkbox"/> 幻覚		<input type="checkbox"/> 妄想		<input type="checkbox"/> 昼夜逆転		<input type="checkbox"/> その他 ()						
17-15	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 半側無視		<input type="checkbox"/> 認知機能障害		<input type="checkbox"/> 感情変化 ()						
17-14	認知症	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有(中枢症状)		<input type="checkbox"/> 有(周辺症状)								
17-12	失語症	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有(運動性)		<input type="checkbox"/> 有(感覚性)		<input type="checkbox"/> 有(全失語)						
17-5	視野障害	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有		福視		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有				
17-6	嚙下障害	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有		構音障害		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有				
17-7	視力障害	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有		眼球運動障害		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有				
17-11	運動失調	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有										
17-13	けいれん発作	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 (最終発作日: 年 月 日)										
		最終脳波検査日: 年 月 日				検査結果 ()								
(再発の危険因子)														
18-1	高血圧	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有		心房細動		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有				
18-2	脂質異常症	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有										
18-3	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 (最終HbA1値)										
18-4	慢性腎臓病(CKD)	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 (最終クレアチニン値 eGFR値)										
18-6	タバコ	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 (本/日)										
18-7	多量の飲酒	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 (合/日)										
18-8	その他													
19-1	特別な医療の必要性	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 点滴		<input type="checkbox"/> IVH		<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		<input type="checkbox"/> 胃瘻栄養				
		<input type="checkbox"/> 血糖チェック		<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"/> 褥瘡処置 (部位:)				<input type="checkbox"/> その他 ()						
19-13	現処方													
19-14	ワーファリン処方時のINR値と最終検査日	INR値 ()				最終検査日: 年 月 日								
19-15	禁忌薬剤	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 ()										

		(日常生活の状況)									
看護 師 記 載 欄	20-1	看護情報	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> ナースコール対応	<input type="checkbox"/> 離床センサー	<input type="checkbox"/> 常時見守り					
			<input type="checkbox"/> その他 ()								
	22	障害高齢者の寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C				
	23	認知症高齢者の日常生活度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV				
			<input type="checkbox"/> M								
	24	HDS-R点数									
	20-2	コミュニケーション障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(手段:)						
	20-3	食事状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 軽介助	<input type="checkbox"/> 中介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
			<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 鼻腔							
	19-2	胃瘻	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(バルン型)	<input type="checkbox"/> 有(バンパー型)						
	19-3	挿入チューブ名	(型番)		(サイズ)		Fr)				
	19-4	胃瘻設置日	年	月	日	最終交換日	年	月	日		
	19-6	鼻腔栄養	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(固定)		cm)				
	19-7	鼻腔栄養最終交換日	平成	年	月	日					
	19-8	流動食の種類と量	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	種類 ()		量 ()				
		半固形化の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有							
	19-9	気管切開	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	種類 ()	サイズ (Fr)					
	19-11	気管切開最終交換日	年	月	日						
	19-12	酸素	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(一日中)		ℓ/分)				
				<input type="checkbox"/> 有	(夜間のみ)		ℓ/分)				
	20-4	食事内容	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練食	<input type="checkbox"/> 流動食	<input type="checkbox"/> その他 ()					
	20-5	排泄状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 軽介助	<input type="checkbox"/> 中介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
	20-6	排泄方法(日中)	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 留置カテ	<input type="checkbox"/> その他:				
	20-7	排泄方法(夜間)	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 留置カテ	<input type="checkbox"/> その他:				
	20-8	排便間隔	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> () 日おき							
	20-9	最終排便日	平成	年	月	日					
20-10	排便における薬剤使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有								
20-11	尿バルン	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(サイズ)		Fr)		最終交換日	年	月	日
20-13	入浴状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 軽介助	<input type="checkbox"/> 中介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
20-14	入浴方法	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 特殊浴	<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> その他 ()						
20-15	移動状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 軽介助	<input type="checkbox"/> 中介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
20-16	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> シルバーカー	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー					
		<input type="checkbox"/> その他 ()									
20-17	皮膚状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 掻痒	<input type="checkbox"/> ただれ						
		(その他)									
社 会 的 背 景	25	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1	<input type="checkbox"/> 要支援 2	<input type="checkbox"/> 要介護 1	<input type="checkbox"/> 要介護 2	<input type="checkbox"/> 要介護 3				
			<input type="checkbox"/> 要介護 4	<input type="checkbox"/> 要介護 5	<input type="checkbox"/> 申請中						
	26	身体障害者手帳交付の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (級)	<input type="checkbox"/> 申請中						
	27	障害者年金受給の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中						
	28	家族の介護力	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	29	患者への説明内容	(患者の理解度及び心理的側面に関する問題点など)								
30	患者家族への説明内容										
31	住宅改修の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()							
		(添付書類)									
32	MRI又はCT画像(発症前と最新の画像)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有								