対象疾患 ：脳卒中 （別紙）地域連携診療計画 日常生活機能評価表 紙運用 様式6

※地域連携パスで転院の場合、必ず使用すること。

生年月日 年 月 日 性別 □ 男 □ 女 患者氏名 様	計画管理病院 （ 患者ID: ） 病院名 主治医		連携保険医療機関（回復期病院） （ 患者ID: ） 病院名 主治医		診療所及び 200床未満の病院 診療所名 主治医
患者の状況 / 0点 / 1点 / 2点	入院時得点	退院時得点	入院時得点	退院時得点	初診時
床上安静の指示 / なし / あり	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる / できる / できない	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1
寝返り / できる / 何かにつかまればできる / できない	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2
起き上がり / できる / できない	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1
座位保持 / できる / 支えがあればできる / できない	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2
移乗 / できる / 見守り・一部介助が必要 / できない	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2
移動方法 / 介助を要しない移動 / 介助を要する移動（搬送含む）	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1
口腔清潔 / できる / できない	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1
食事摂取 / 介助なし / 一部介助 / 全介助	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2
衣服の着脱 / 介助なし / 一部介助 / 全介助	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2
他者への意思の伝達 / できる / できる時とできない時がある / できない	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2	□ 0 □ 1 □ 2
診療・療養上の指示が通じる / はい / いいえ	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1
危険行動 / なし / あり	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1	□ 0 □ 1
※得点が低いほど、生活自立度が高い	合計得点 点	合計得点 点	合計得点 点	合計得点 点	合計得点 点
	記入日 年 月 日	記入日 年 月 日	記入日 年 月 日	記入日 年 月	記入日 年 月 日
	評価者	評価者	評価者	評価者	評価者