

患者基本情報

患者基本情報 (MSWからの情報) <input type="checkbox"/> MSW連絡書あり		入院日	退院日
患者ID			
フリガナ		診断 □脳梗塞 (□ラクナ □アテローム □心原性塞栓) □脳出血 □くも膜下出血 □その他 ()	
氏名	男・女		病巣部位 □左 □右 ()
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	発症日	年 月 日 (歳)

住所		既往歴 □高血圧 □糖尿病 □脂質代謝異常 □心疾患 □不整脈 □肥満 □その他 ()
電話		
主介護者	関係 () 連絡先:	感染症 □無 □有 (□HBsAg □HCV □MRSA □その他 ())
キパ°-ツ	関係 () 連絡先:	アレルギー □無 □有 ()
		かかりつけ医 □無 □有 ()
		紹介医 □無 □有 ()

保険種別	国保・健保・高齢1・高齢3・後期1・後期3・生保・その他 () 公費など (低1・低2・障・難・その他)	家族構成・状況等
身障手帳	□無□申請中 (年 / 申請) □有 (肢体・内部・その他) 種 級	
介護保険	□未申請 □申請中 (新規・変更) (年 / 申請) □認定済み (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) ケアマネジャー□無 □有 () 事業所 () 連絡先	
発症前の生活状況	□ADL自立 (□就労中(職業:) □家事担当) □要介護 (□独歩 □杖歩行 □介助歩行 □歩行器 □車いす)	
発症前の生活場所	□自宅 □老健 □特養 □その他 () □持ち家 □賃貸 □集合住宅 エレベーター (□有 □無)	

バリエンス	
急性期病院	評価日: 月 日 □無 □正のバリエンス □負のバリエンス(コード:)
	回復期病院
維持期	評価日: 月 日 □無 □正のバリエンス □負のバリエンス(コード:)
	在宅
	評価日: 月 日 □無 □正のバリエンス □負のバリエンス(コード:)

記載日	年 月 日
記載者名	_____ 病院

私は上記の地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。

説明、同意日: 年 月 日 本人か家族の署名:

医院/病院

科 担当者殿

患者基本情報 (MSWからの情報) <input type="checkbox"/> MSW連絡書あり			
患者ID		入院日	退院日
フリガナ		診断	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 (<input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> アテローム <input type="checkbox"/> 心原性塞栓)
氏名	男・女		<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	病巣部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 ()
		発症日	年 月 日 (歳)

診療情報 (Drからの情報) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書あり		退・転院基準		
入院時状況	意識レベル	GCS : NIHSS (/ 42)	<input type="checkbox"/> 病状が安定し、重篤な合併症がない。 <input type="checkbox"/> 現状を理解している。 <input type="checkbox"/> リハビリによる能力向上が期待できる。	
	精神機能	<input type="checkbox"/> 失語 (<input type="checkbox"/> 運動性 <input type="checkbox"/> 感覚性) <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 記銘力障害 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	視力	<input type="checkbox"/> 半盲 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 視力低下 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		
	身体機能	<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 片麻痺 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 失調 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 感覚障害 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		
急性期治療	薬物療法	<input type="checkbox"/> tPA <input type="checkbox"/> アルガトロバン <input type="checkbox"/> オザグレレ <input type="checkbox"/> ヘパリン <input type="checkbox"/> エダラボン <input type="checkbox"/> グリセオール <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> クロビドグレレ <input type="checkbox"/> シロスタゾール <input type="checkbox"/> ワーファリン	転帰 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 回復期 リハビリ病院 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 療養型病院	
	手術	術式 : 年 月 日		内服処方
	合併症			
主治医からの説明				
本人の希望				
家族の希望				

転院・退院時状況 (看護情報) <input type="checkbox"/> 看護サマリあり	
身体状況	身長 cm 体重 kg
最近3ヶ月内増減	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg)
意識レベル	GCS : <input type="checkbox"/> 監視・抑制 <input type="checkbox"/> 問題行動 ()
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (HDS-R)
移動	座位耐性 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 非実施 車椅子移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施
	方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経鼻 (Fr) <input type="checkbox"/> 胃瘻 (造設日 / , Fr)
	食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 () 経管栄養 <input type="checkbox"/> 栄養剤 () 投与量 白湯補正 () 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施 制限食 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日 kcal、塩分 g)
排泄	排泄動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル (サイズ Fr) (最終交換日 /)
	清潔 <input type="checkbox"/> 入浴 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (眠剤 :) <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
その他	<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位 処置内容 <input type="checkbox"/> 気切 (Fr) <input type="checkbox"/> 酸素 (L/min) <input type="checkbox"/> 吸引 () 回/日

転院・退院時状況(リハ情報) <input type="checkbox"/> リハビリ実施記録書あり			
<input type="checkbox"/> FIM	m-FIM () c-FIM () t-FIM ()		
<input type="checkbox"/> Barthel Index	/100		
<input type="checkbox"/> Brunnstrom stage	上肢 () 手指 () 下肢 ()		
日常生活機能評価表 合計点(/19点)			
	0点	1点	2点
安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
手の拳上	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 捕まり可	<input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支え必要	<input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない
移動方法	<input type="checkbox"/> 介助不要	<input type="checkbox"/> 介助移動	
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可能	<input type="checkbox"/> できない
指示理解	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	

記載日	年 月 日		
急性期病院:	病院 科		
[Dr][Ns][MSW]
[RH Dr][PT][OT][ST

私は上記の地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。

説明、同意日: 年 月 日 本人か家族の署名:

医院/病院

科 担当者殿

患者基本情報 (MSWからの情報) <input type="checkbox"/> MSW連絡書あり		入院日	退院日
患者ID			
フリガナ		診断	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 (<input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> アテローム <input type="checkbox"/> 心原性塞栓)
氏名	男・女		<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	病巣部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 ()
		発症日	年 月 日 (歳)

診療情報 (Drからの情報) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書あり		記入日	記入者	
疾病	依存・合併症の今後の注意点	障害状況		
	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 痙攣発作 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> その他 ()	失見当識	<input type="checkbox"/> 日付が分からない <input type="checkbox"/> 自分の居場所が分からない <input type="checkbox"/> 家族の名前が分からない	
	特記	運動麻痺	<input type="checkbox"/> (右 左) (上肢 下肢) の力が入らない <input type="checkbox"/> 麻痺側の介助が必要	
		失調	<input type="checkbox"/> 歩行時にふらつく <input type="checkbox"/> 立ってられない	
処方	処方箋 <input type="checkbox"/> 処方箋コピー添付あり <input type="checkbox"/> 服薬指導書添付あり 管理方法 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 介護者管理 <input type="checkbox"/> 一包化	感覚障害	<input type="checkbox"/> (右 左) 側の感覚が鈍い	
栄養	<input type="checkbox"/> 栄養指導書添付あり <input type="checkbox"/> カロリー <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> その他 ()	半側空間無視	<input type="checkbox"/> (右 左) 側の刺激に関心・注意が向かない	
在宅療養・生活習慣のリスクと注意点		半盲	<input type="checkbox"/> (右 左) 半分が見えない	
<input type="checkbox"/> 薦められること	特記	視力	<input type="checkbox"/> (右 左) 眼が見えにくい	
<input type="checkbox"/> 控えるべきこと		難聴	<input type="checkbox"/> (右 左) 耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 補聴器使用	
<input type="checkbox"/> 昼間の注意点		失語	<input type="checkbox"/> 言いたいことを言葉にできない <input type="checkbox"/> 言葉を理解できない	
<input type="checkbox"/> 夜間の注意点		構音障害	<input type="checkbox"/> 呂律が回らない <input type="checkbox"/> 他人に聞き取れない	
悪化・再発予防策		嚥下障害	<input type="checkbox"/> 食事をむせる	
<input type="checkbox"/> 受療すべき時期	特記	記名力障害	<input type="checkbox"/> 直近のことを忘れる	
<input type="checkbox"/> 内服薬の調整		コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 家族のみ <input type="checkbox"/> 不可能	
<input type="checkbox"/> 食事		問題行動	<input type="checkbox"/> せん妄 (昼夜問わず・夜間のみ) <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 拒薬 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ	
<input type="checkbox"/> 嗜好品		転院・退院時状況(リハ情報) <input type="checkbox"/> リハビリ実施記録書あり		
<input type="checkbox"/> 運動		<input type="checkbox"/> FIM m-FIM() c-FIM() t-FIM()		
転院・退院時状況 (看護情報) <input type="checkbox"/> 看護サマリあり		<input type="checkbox"/> Barthel Index /100		
身体状況	身長 cm 体重 kg	<input type="checkbox"/> Brunnstrom stage 上肢() 手指() 下肢()		
最近3ヶ月内増減	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg)	これまでの訓練目標と見込み		
意識レベル	GCS : <input type="checkbox"/> 監視・抑制 <input type="checkbox"/> 問題行動 ()	・在宅で訓練すべきこと		
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (HDS-R)	・回避すべきこと (過介助等)		
移動	座位耐性 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 非実施	・補助具と装具 (今後の修正、更新)		
	車椅子移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施	・必要なリハサービス		
	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施	・機能低下時のリハビリ相談先		
食事	方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経鼻 (Fr)	日常生活機能評価表		
	<input type="checkbox"/> 胃瘻 (造設日 / , Fr)	合計点(/19点)		
	食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ	0点	1点	2点
	<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()	安静指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	経管栄養 <input type="checkbox"/> 栄養剤 () 投与量	手の挙上	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
白湯補正 ()	寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 捕まり可 <input type="checkbox"/> できない		
動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
制限食 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日 kcal、塩分 g)	座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支え必要 <input type="checkbox"/> できない		
排泄	排泄動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助	移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない	
	排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 膀胱ろう	移動方法	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 介助移動	
	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル (サイズ Fr) (最終交換日 /)	口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助)	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助	意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> できない	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (眠剤:) <input type="checkbox"/> 昼夜逆転	指示理解	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
その他	<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位 処置内容	危険行動	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
	<input type="checkbox"/> 気切 (Fr) <input type="checkbox"/> 酸素 (L/min)			
	<input type="checkbox"/> 吸引 () 回/日			

記載日	年 月 日
回復期病院:	病院 科
[Dr] [Ns] [MSW]	
[RH Dr] [PT] [OT] [ST]	

私は上記の地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。

説明、同意日: 年 月 日 本人か家族の署名:

退・転院基準:安心して在宅・施設療養生活をおくることができる

<input type="checkbox"/> リハビリ総合実施計画書添付あり		記入者: _____
退院時カンファレンス _____ 出席者(病院・施設名): _____		
<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>		家屋改造 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 安全管理 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 自主メニュー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
退院時・家族への面談内容 回復の見込みについて <hr/> 今後のリハビリについて <hr/> その他	退院時 本人・家族の希望 	
短期目標 	長期目標 	
今後予想される問題と対策 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">入院中のケア</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">在宅施設ケア</div> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><必要なサービス></p> <ul style="list-style-type: none"> ①居宅療養管理指導 ②訪問看護 ③訪問介護 ④訪問リハビリ ⑤通所リハビリ ⑥通所介護 ⑦訪問入浴 ⑧配食サービス ⑨ショートステイ ⑩その他 <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div> </div> </div>	急変時の緊急連絡先 医療機関名 住所 TEL	
		在宅かかりつけ医 医療機関名 住所 TEL

私は上記の地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します

説明、同意日: 年 月 日 本人か家族の署名:

医院/病院

科 担当者殿

患者基本情報 (MSWからの情報) <input type="checkbox"/> MSW連絡書あり			
患者ID		入院日	退院日
フリガナ		診断	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 (<input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> アテローム <input type="checkbox"/> 心原性塞栓)
氏名	男・女		<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	病巣部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 ()
		発症日	年 月 日 (歳)

診療情報 (Drからの情報) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書あり	主治医から家族への面談内容
危険因子 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他 () 急性期治療 <input type="checkbox"/> コイルリング <input type="checkbox"/> クリッピング <input type="checkbox"/> シヤント <input type="checkbox"/> 血腫 <input type="checkbox"/> その他 () 手術 手術日 年 月 日 合併症 1 2 3 診科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> その他 () 障害 意識JCS GCS <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 記名力障害 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 高次脳機能等 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 拒薬抑うつ <input type="checkbox"/> 失語(運動性・感覚性) <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> その他 視力 <input type="checkbox"/> 半盲(右 左) <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 眼鏡の使用(有 無) 聴力 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器の使用(右 左) <input type="checkbox"/> 構音障害(軽 中等 重) <input type="checkbox"/> 嚥下障害(軽 中等 重) 運動障害 <input type="checkbox"/> 片麻痺(右 左)(軽 中等 重) <input type="checkbox"/> 失調(右 左)(軽 中等 重)	・回復の見込みに関して ・症状の固定に関して ・家族からのリハビリへの期待度に関して ・その他 在宅復帰の可能性 ・本人の希望目標 ・家族の希望目標

転院・退院時状況 (看護情報) <input type="checkbox"/> 看護サマリあり	処方管理
身体状況 身長 cm 体重 kg 最近3ヶ月内増減 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg) 寝たきり度 J A B C - 1 2 認知障害度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 移動 座位耐性 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 非実施 車椅子移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施 口腔 <input type="checkbox"/> 義歯(上・下) <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 汚れ(口腔内・義歯) <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 口内炎 食事 方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経鼻 (Fr) <input type="checkbox"/> 胃瘻 (Fr ; <input type="checkbox"/> バルン, <input type="checkbox"/> パップ) 次回交換日 (/) 食事形態 主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥食 (3・5・全) 副食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ペースト状 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> トリス剤 制限食 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日 kcal、塩分 g) 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施 経管栄養 <input type="checkbox"/> 栄養剤 () 投与量 白湯補正 () 排泄 排泄動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル(サイズ Fr) (最終交換日 /) 排便コントロール <input type="checkbox"/> 薬剤 () <input type="checkbox"/> その他 () 排尿回数 回/日 排便回数 回/日 最終排便日 (/) 清潔 <input type="checkbox"/> 入浴(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 睡眠 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠(眠剤:) <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 褥瘡 部位 処置内容 <input type="checkbox"/> 気切 (Fr) <input type="checkbox"/> 酸素 (L/min) <input type="checkbox"/> 吸引 () 回/日 <input type="checkbox"/> 抑制 <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> ミソ手袋 <input type="checkbox"/> 安全帯 <input type="checkbox"/> ベッド柵 <input type="checkbox"/> その他 ()	内容 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 リハビリ実施に関する注意事項

転院・退院時状況(リハ情報) <input type="checkbox"/> リハビリ実施記録書あり	日常生活機能評価表 合計点(/19点)		
<input type="checkbox"/> FIM m-FIM() c-FIM() t-FIM() <input type="checkbox"/> Barthel Index /100 <input type="checkbox"/> Brunnstrom stage 上肢() 手指() 下肢()	0点	1点	2点
安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
手の挙上	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 捕まり可	<input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支え必要	<input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない
移動方法	<input type="checkbox"/> 介助不要	<input type="checkbox"/> 介助移動	
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可能	<input type="checkbox"/> できない
指示理解	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	

記載日	年 月 日
維持期病院:	病院 科
[Dr] [Ns] [MSW]	
[RH Dr] [PT] [OT] [ST]	

私は上記の地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。

説明、同意日: 年 月 日 本人か家族の署名:

南多摩 脳卒中 地域連携診療計画書

在宅⇒ 医院／病院

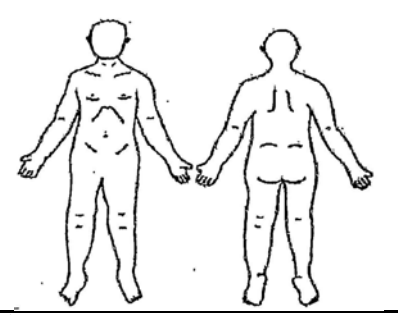
- かかりつけ医の意見等の欄には、薬剤師の意見を含みます。
- 初期評価から3～6ヶ月ごとに変更して下さい。
- 各項目担当者は出来る限り最新の情報を記入して下さい。
- このパスは、必要に応じて変更・追加訂正を行うこととします。
- このパスは、医療・介護共通の介護ノートに添付してください。保管は患者さん及びご家族です。
- 在宅から病院への入院、受診の際携帯して下さい。その際、医療・介護事項はコメント欄あるいは別紙にて記入してください。

転帰基準：安心して在宅療養を送る

患者基本情報		記載日	年 月 日	記入者
患者ID		診断	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 (<input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> アテローム <input type="checkbox"/> 心原性塞栓)	
フリガナ			<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 ()	
氏名	男・女	病巣部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 ()	
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	発症日	年 月 日 (歳)	

生活状況 (ご本人・ご家族)	保険種別	国保・健保・高齢1・高齢3・後期1・後期3・生保・その他 () 公費など (低1・低2・障・難・その他 ())	
	身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 (年 / 申請) <input type="checkbox"/> 有 (肢体・内部・その他) 種 級	
	介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(新規・変更) (年 / 申請) <input type="checkbox"/> 認定済み (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)	
	日頃の生活の様子 (活動内容、自主訓練等)	0 3 6 9 12 15 18 21 24	
利用しているサービス(別紙添付あり)			
	施設名	担当者	連絡先TEL
	かかりつけ医		
	訪問看護ステーション		
	ケアマネージャー		
	訪問介護		
	かかりつけ歯科医		

看護・介護 (看護師・ヘルパー・歯科医)	転院・退院時状況 (看護情報) <input type="checkbox"/> 看護サマリあり	
	障害自立度(寝たきり度)(J A B C-1 2) 認知高齢者生活度(自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 身長()cm体重()kg:増減()kg/直近3ヶ月 栄養状態(良・不良) 利き手(右 左)	
	口腔	義歯: <input type="checkbox"/> 有(上・下) <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 汚れ(口腔内・義歯) <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 口内炎
	食事	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食形態: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥・軟菜 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 水分とろみ: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 低粘度 <input type="checkbox"/> 中粘度 <input type="checkbox"/> 高粘度 嚥下: <input type="checkbox"/> むせ(時々・しばしば) <input type="checkbox"/> のどのごろごろ音 <input type="checkbox"/> 食べ物をこぼす <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 食事時間(約 分) <input type="checkbox"/> 経管(経鼻 経胃)()Fr 交換()週ごと
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 常時見守り <input type="checkbox"/> 介助 排泄回数()回/日 夜間排尿()回 排便回数()回/日 オムツ 尿器トイレ ポータブルトイレ(24h 夜のみ) ストマ 膀胱ろう 尿道カテーテル: ()Fr 交換()ごと
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重)
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重)
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重)
	移動	屋内 屋外
	歩行	自立 伝い歩き 見守り 介助 自立 補助具使用 介助
車いす	自操 見守り 介助 自操 見守り 介助	
歩行器	自操 見守り 介助 自操 見守り 介助	
杖	杖 ロフトランド杖 四点杖 杖 ロフトランド杖 四点杖	
段差	自立 手すり使用 介助 外出介助必要	
注意事項/禁忌		
かかりつけ医の意見/薬剤師等のコメント(記入日: 年 月 日 記入者:) 内服薬、自己注射など		

リハビリ・生活機能 (OT・PT・ST・医師)	リハビリサマリ添付あり/なし 記入日 月 日 記入者			
	今後の訓練目標			
	リハビリテーション内容	<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> 褥瘡		
	<input type="checkbox"/> 筋力維持増強訓練 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 寝返り動作訓練 <input type="checkbox"/> 床上座位訓練 <input type="checkbox"/> 立位保持訓練 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下訓練 <input type="checkbox"/> ヒアリング訓練 <input type="checkbox"/> 口内整容・発語訓練			
	回避していること(過介助等)			
	補助具と装具(今後の修正、更新)			
	日常生活機能評価表			
		0点	1点	2点
	安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
	手の挙上	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 捕まり可	<input type="checkbox"/> できない	
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支え必要	<input type="checkbox"/> できない	
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
移動方法	<input type="checkbox"/> 介助不要	<input type="checkbox"/> 介助移動		
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可能	<input type="checkbox"/> できない	
指示理解	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある		
合計点(/19点)				

私は上記の地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。

説明、同意日: 年 月 日 本人か家族の署名: