

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) <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)

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"/> コイリング <input type="checkbox"/> クリッピング <input type="checkbox"/> シャント <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	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																																																								
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"/> ハンパ) 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-スト状 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> トロ剤 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 ()	処方管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 病棟管理 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 日常生活機能評価表 合計点(/19点) <table border="1"> <tr> <td></td> <td>0点</td> <td>1点</td> <td>2点</td> </tr> <tr> <td>安静指示</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>手の挙上</td> <td><input type="checkbox"/>できる</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> <td></td> </tr> <tr> <td>寝返り</td> <td><input type="checkbox"/>できる</td> <td><input type="checkbox"/>捕まり可</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> </tr> <tr> <td>起き上がり</td> <td><input type="checkbox"/>できる</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> <td></td> </tr> <tr> <td>座位保持</td> <td><input type="checkbox"/>できる</td> <td><input type="checkbox"/>支え必要</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> </tr> <tr> <td>移乗</td> <td><input type="checkbox"/>できる</td> <td><input type="checkbox"/>一部介助</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> </tr> <tr> <td>移動方法</td> <td><input type="checkbox"/>介助不要</td> <td><input type="checkbox"/>介助移動</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔清潔</td> <td><input type="checkbox"/>できる</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> <td></td> </tr> <tr> <td>食事摂取</td> <td><input type="checkbox"/>介助なし</td> <td><input type="checkbox"/>一部介助</td> <td><input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>衣服の着脱</td> <td><input type="checkbox"/>介助なし</td> <td><input type="checkbox"/>一部介助</td> <td><input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>意思伝達</td> <td><input type="checkbox"/>できる</td> <td><input type="checkbox"/>時々可能</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> </tr> <tr> <td>指示理解</td> <td><input type="checkbox"/>はい</td> <td><input type="checkbox"/>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>危険行動</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td></td> </tr> </table>		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	
	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: