

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		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	感覚障害	<input type="checkbox"/> （右 左）側の感覚が鈍い			
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"/> 一包装	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			
栄養	<input type="checkbox"/> 栄養指導書添付あり	半盲	<input type="checkbox"/> （右 左）半分が見えない			
栄養	<input type="checkbox"/> カロリー <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> その他（ ）	視力	<input type="checkbox"/> （右 左）眼が見えにくい			
在宅療養・生活習慣のリスクと注意点		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"/> 薦められること	特記	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"/> 控えるべきこと		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			
<input type="checkbox"/> 昼間の注意点		嚥下障害	<input type="checkbox"/> 食事をむせる			
<input type="checkbox"/> 夜間の注意点		記名力障害	<input type="checkbox"/> 直近のことを忘れる			
悪化・再発予防策		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"/> 受療すべき時期	特記	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"/> 内服薬の調整		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"/> 食事		<input type="checkbox"/> FIM	m-FIM（ ） g-FIM（ ） t-FIM（ ）			
<input type="checkbox"/> 嗜好品		<input type="checkbox"/> Barthel Index	/100			
<input type="checkbox"/> 運動		<input type="checkbox"/> Brunnstrom stage	上肢（ ） 手指（ ） 下肢（ ）			
転院・退院時状況（看護情報） <input type="checkbox"/> 看護サマリあり		これまでの訓練目標と見込み				
身体状況	身長 cm 体重 kg	・在宅で訓練すべきこと				
最近3ヶ月内増減	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ kg）	・回避すべきこと（過介助等）				
意識レベル	GCS： <input type="checkbox"/> 監視・抑制 <input type="checkbox"/> 問題行動（ ）	・補助具と装具（今後の修正、更新）				
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（HDS-R）	・必要なリハサービス				
移動	座位耐性	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 非実施	日常生活機能評価表	合計点（ /19点）		
	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		0点	1点	2点
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施		安静指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
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（造設日 / , Fr）	手の挙上	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
	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（ ）	寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 捕まり可 <input type="checkbox"/> できない		
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 栄養剤（ ）投与量 白湯補正（ ）	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <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	座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支え必要 <input type="checkbox"/> できない		
	制限食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（1日 kcal、塩分 g）	移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <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	移動方法	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 介助移動		
	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 / ）	移動方法	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 介助移動		
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助）		口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭		食事摂取	<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		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		
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠（眠剤： ） <input type="checkbox"/> 昼夜逆転		意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> できない		
その他	<input type="checkbox"/> 褥瘡	部位 処置内容	指示理解	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	<input type="checkbox"/> 気切	（ Fr ） <input type="checkbox"/> 酸素（ L/min）	危険行動	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
	<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：