

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		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"/> オザグレル <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"/> クロピドグレル <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	
	合併症		
主治医からの説明			内服処方
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
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)
	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
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: _____