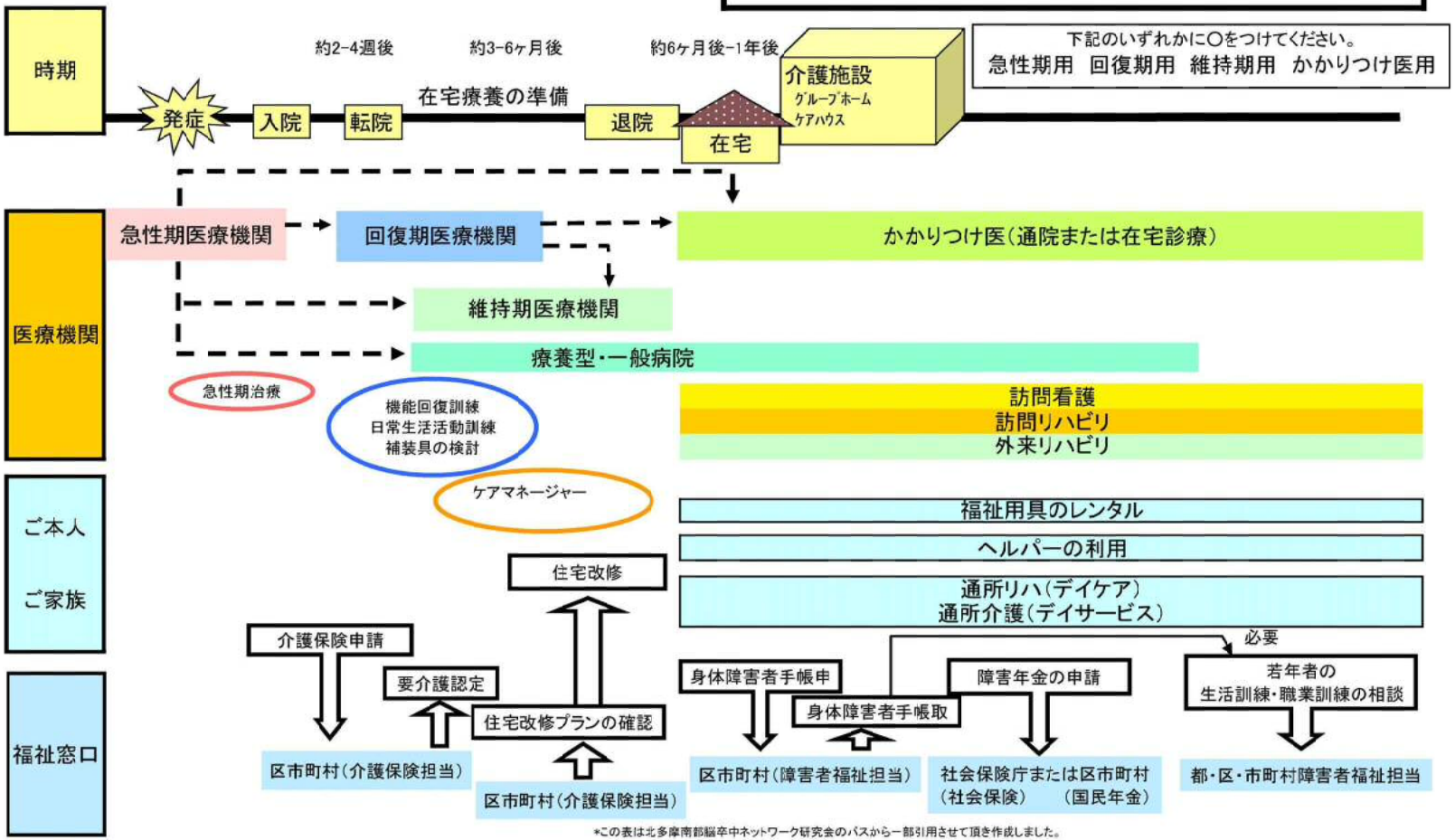
地域連携診療計画書（Ver.2）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

診療計画

私は、下記の地域連携診療計画に関する説明を受けました。
記載された診療情報が、各連携施設間で共有されることに同意します。
説明・同意日　　施設名＿＿＿＿＿＿＿＿

患者・家族氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　説明者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のいずれかに〇をつけてください。
急性期用　回復期用　維持期用　かかりつけ医用



*この表は北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会のパスから一部引用させて頂き作成しました。

鳥取県西部脳卒中地域連携パス

急性期病院 ＿＿＿＿ 回復期・維持期 ＿＿＿＿ かかりつけ医 ＿＿＿＿

ふりがな ＿＿＿＿ 急性期患者ID

患者氏名 ＿＿＿＿ 性別 □ 生年月日 ＿＿＿＿

発症日 ＿＿＿＿
急性期入院日 ＿＿＿＿
手術日 ＿＿＿＿
リハ開始日 ＿＿＿＿
急性期退院日 ＿＿＿＿

回復期入院日 ＿＿＿＿
回復期退院日 ＿＿＿＿
かかりつけ医受診日 ＿＿＿＿

診断名 □ 脳梗塞 □ 脳内出血 □ くも膜下出血 □ その他　治療 □ 保存的 □ tPA □ 手術 □ その他

病巣部位 □ 左 □ 右 □ 両側 □ 多発性 □ ACA □ MCA □ PCA □ 皮質下 □ 放線冠 □ 被殻 □ 視床 □ 中脳 □ 橋 □ 延髄 □ 小脳 □ その他

感染症 □ HBV □ HCV □ MRSA □ MDRP □ 梅毒 □ その他

障害名 □ 左片麻痺 □ 右片麻痺 □ 失語症 □ 構音障害 □ 嚥下障害 □ 高次脳機能障害 □ 膀胱直腸障害 □ 失調 □ その他

合併症 □ 高血圧 □ 狭心症 □ 糖尿病 □ 心房細動 □ 高脂血症 □ 誤嚥性肺炎 □ 神経因性膀胱 □ 陳旧性心筋梗塞 □ その他

	急性期	回復期・維持期入院時	回復期・維持期退院時
栄養投与経路	□ 経口 □ 胃瘻 □ 中心静脈栄養 □ 経鼻胃管 □ 末梢静脈栄養	□ 経口 □ 胃瘻 □ 中心静脈栄養 □ 経鼻胃管 □ 末梢静脈栄養	□ 経口 □ 胃瘻 □ 中心静脈栄養 □ 経鼻胃管 □ 末梢静脈栄養
栄養カロリー	＿＿ kcal/日 □ ペースト □ キザミ □ 一口大 □ 水分トロミ	＿＿ kcal/日 □ ペースト □ キザミ □ 一口大 □ 水分トロミ	＿＿ kcal/日 □ ペースト □ キザミ □ 一口大 □ 水分トロミ
嚥下障害食			
膀胱カテーテル	○ 常時留置 ○ 間欠導尿 ○ ナイトバルーン ○ 不要	○ 常時留置 ○ 間欠導尿 ○ ナイトバルーン ○ 不要	○ 常時留置 ○ 間欠導尿 ○ ナイトバルーン ○ 不要
呼吸管理	気管切開 ○ 無 ○ 有　酸素投与 ○ 無 ○ 有 喀痰吸引 ○ 無 ○ 有 ＿＿ 回/日	気管切開 ○ 無 ○ 有　酸素投与 ○ 無 ○ 有 喀痰吸引 ○ 無 ○ 有 ＿＿ 回/日	気管切開 ○ 無 ○ 有　酸素投与 ○ 無 ○ 有 喀痰吸引 ○ 無 ○ 有 ＿＿ 回/日
褥瘡	○ 無 ○ 有 部位 ＿＿	○ 無 ○ 有 部位 ＿＿	○ 無 ○ 有 部位 ＿＿
昼夜逆転/徘徊	○ 有 ○ 時々あり ○ なし ○ 有 ○ 時々あり ○ なし	○ 有 ○ 時々あり ○ なし ○ 有 ○ 時々あり ○ なし	○ 有 ○ 時々あり ○ なし ○ 有 ○ 時々あり ○ なし
抑制	○ 常時必要 ○ 日中必要 ○ 夜間必要 ○ 不要	○ 常時必要 ○ 日中必要 ○ 夜間必要 ○ 不要	○ 常時必要 ○ 日中必要 ○ 夜間必要 ○ 不要
抑制種類	□ ミトン □ 体幹抑制 □ 車椅子シートベルト □ センサー	□ ミトン □ 体幹抑制 □ 車椅子シートベルト □ センサー	□ ミトン □ 体幹抑制 □ 車椅子シートベルト □ センサー
転倒	○ たびたびあり ○ まれにあり ○ なし	○ たびたびあり ○ まれにあり ○ なし	○ たびたびあり ○ まれにあり ○ なし
NIHSS	入院時 ＿＿ 申込時 ＿＿ 退院時 ＿＿	＿＿	＿＿
JCS	＿＿ ＿＿ ＿＿		
転院退院基準	全身状態が安定し重篤な合併症がない □ 身体・精神機能、日常生活動作能力の向上が □ 在宅環境整備、社会資源活用の必要性が □ 将来 □ が予測される。		

基本動作

	リハ開始日	回復期・維持期 入院日	回復期・維持期 退院日
寝返り			
起き上がり			
端座位			
立ち上がり			
立位			
	＿＿ 点	＿＿ 点	＿＿ 点

	回復期・維持期 入院時	回復期・維持期 退院時
Brunnstrom stage	上肢 / 手指 / 下肢	上肢 / 手指 / 下肢
STEF	右 ＿＿ 左 ＿＿	右 ＿＿ 左 ＿＿
握力	右 ＿＿ 左 ＿＿	右 ＿＿ 左 ＿＿
MMSE		
高次脳機能障害		

Barthel Index

	リハ開始日	回復期・維持期 入院日	回復期・維持期 退院日
食事			
移乗			
整容			
トイレ動作			
入浴			
歩行			
階段			
着替			
排便			
排尿			
計	＿＿ 点	＿＿ 点	＿＿ 点

日常生活機能指標

	リハ開始日	急性期退院日	回復期・維持期 入院日	回復期・維持期 退院日	かかりつけ医受診日
床上安静指示					
どちらかの手を胸元までもちあげられる					
寝返り					
起き上がり					
座位保持					
移乗					
移動方法					
口腔清潔					
食事摂取					
衣服着脱					
他者への意思伝達					
診療療養上の指示が通じる					
危険行動					
計	点	点	点	点	点

社会的背景

患者職業 ＿＿＿＿

経済状況 ○ 問題なし ○ 問題あり ＿＿＿＿

同居家族 ＿＿＿＿ 主介護者 ＿＿＿＿

介護者状況 □ 問題なし □ 高齢 □ 病弱 □ 仕事あり □ 育児介護等で多忙

家屋 ○ 戸建 ○ マンション ○ アパート ○ 公営住宅 ○ その他

階数 ＿＿ 階 エレベーター ○ 無 ○ 有 ＿＿＿＿

介護保険 ○ 未申請 ○ 申請中 ○ 要支援1 ○ 要支援2 ○ 要介護1 ○ 要介護2 ○ 要介護3 ○ 要介護4 ○ 要介護5

診療計画

○ 自宅退院　外来 ＿＿＿＿

退院後フォロー　急性期 ○ 要 ○ 不要 ＿＿ 年 ＿＿ 月

回復期 ○ 要 ○ 不要 ＿＿ 年 ＿＿ 月

○ 転院 ○ 回復期リハ ○ 療養型 ○ 一般病院 ○ その他

○ 施設 ○ 老人保健施設 ○ 老人ホーム ○ グループホーム ○ その他

福祉サービス利用予定

○ あり ○ なし

□ 通所介護 ＿＿ 回/月
□ 訪問看護 ＿＿ 回/月
□ 訪問リハ ＿＿ 回/月
□ 福祉用具 □ 電動ベッド □ 車椅子 □ その他…
□ 配食サービス
□ 通所リハ ＿＿ 回/月
□ 訪問介護 ＿＿ 回/月
□ 入浴サービス
□ その他…

リハビリテーション継続

○ あり ○ なし

□ 通院リハ(PT,OT,ST) ＿＿ 回/月
□ 通所リハ ＿＿
□ 訪問リハ ＿＿
□ 市町村の福祉センター ＿＿
□ 自主(家族介助)訓練
□ その他…

備考 ＿＿＿＿