

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 診療計画書

氏名： _____ 様

診断： _____

発症日 _____

計画管理病院： _____

担当科： _____

説明者： _____

この診療計画書は、計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。病状に応じて変更することがありますのでご了承ください。病名も、今後の検査で変更される場合があります。

救急病院・病棟

- 期間：2週間
- 目標：病状を安定化させ、再発予防の方法を決めます。
 - ・ 脳の状態を検査
 - ・ 点滴治療を開始
 - ・ 危険因子の評価（タバコ・血圧・糖・脂質・心臓）
 - ・ 再発予防の食事・薬を開始
 - ・ 救急病院でも可能なリハビリテーション
 - ・ 手術
 - ・ 病状や予後についての説明

リハビリ病院・病棟

- 期間：1～5ヶ月
- 目標：日常生活動作の向上を目指します。
 - ・ 起き上がりの練習
 - ・ 移乗動作の練習
 - ・ 車椅子移動の練習
 - ・ 歩行の練習
 - ・ 飲込みの訓練
 - ・ 日常生活の訓練（トイレ・入浴・服）
 - ・ 脳の高次機能回復の訓練

補装具の検討

身体障害者手帳申請

自宅・療養施設

- 期間：上記以降
- 目標：安心してご自宅で生活できることを目指します。
 - ・ 日常生活動作の回復・維持訓練
 - ・ 危険因子の食事・運動の指導
 - ・ 仕事復帰の訓練
 - ・ 再発兆候や日常生活動作の回復・維持方法についての説明

ご家族の役割

リハビリ病院・病棟の申込

生命保険などの診断書

市役所に介護保険申請

介護度の認定

ケアマネージャーの決定と契約

担当者会議

住宅改修
訪問看護
リハビリ
福祉用具のレンタル
ヘルパーの利用
デイケア
デイサービス

障害者年金の申請

脳卒中診療の流れについて、説明を受けました。記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意します。

説明受者（本人・家族）
ご署名

年 月 日

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート 診療情報シート【回復期病院作成用】

発行病院：船橋市立リハビリテーション病院
送り先：

患者基本情報		1月1日 記入		リハビリ科 医師名		
患者氏名		ID		性別	発症	
				年齢	入院	
機能障害	<input type="checkbox"/> 右マヒ <input type="checkbox"/> 左マヒ <input type="checkbox"/> 両マヒ <input type="checkbox"/> 四肢マヒ <input type="checkbox"/> 四肢マヒ <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 認知症 改定版長谷川式簡易知能評価スケール 点 MMSE 点 <input type="checkbox"/> うつ症状 GDS 点					
既往症及び生活習慣	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肝機能障害() <input type="checkbox"/> 腎障害 () <input type="checkbox"/> 認知症 () <input type="checkbox"/> 脳血管障害() <input type="checkbox"/> MRSA感染症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他()					
入院中合併症	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 症候性てんかん <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 <input type="checkbox"/> その他()					
回復期入院経過			投薬内容			
				自己管理 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 禁忌薬剤 ()		
リスク因子	高血圧	コントロール	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	点滴	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり 終了見込み 12月31日	
	高脂血症	コントロール	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	呼吸	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素投与(L/分)	
	糖尿病	コントロール	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	意識レベル	<input type="checkbox"/> 意識障害 JCS・GCS ()	
	心房細動	その他の不整脈	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	栄養経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH	
病状の安定性	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定		排尿	<input type="checkbox"/> 自尿 <input type="checkbox"/> 間歇導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル		
本人への説明						
家族への説明						
感染症	<input type="checkbox"/> 疥癬(-) <input type="checkbox"/> 梅毒(-) <input type="checkbox"/> HBs抗原(-) <input type="checkbox"/> HCV抗体(-) <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑膿菌 (部位) MRSA(-) (<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> その他 ()					
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
添付資料	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 血算 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他()					
障害評価 (12月12日)	上肢	<input type="checkbox"/> 正常(左右差なし) <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> 肘と手が一緒に口の高さに挙がる <input type="checkbox"/> 手が乳頭に挙がる <input type="checkbox"/> わずかな動き <input type="checkbox"/> 動かない				
	手指	<input type="checkbox"/> 正常(左右差なし) <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> 何とか指が1本づつ曲げ伸ばしできる <input type="checkbox"/> 1本づつ動くが曲げ伸ばしできない <input type="checkbox"/> 指全体のまとまった曲げ伸ばしのみ <input type="checkbox"/> 動かない				
	股関節の曲げ	<input type="checkbox"/> 正常(左右差なし) <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかり曲がる <input type="checkbox"/> 何とか曲がる <input type="checkbox"/> わずかに曲がる <input type="checkbox"/> 動かない				
	膝の伸ばし	<input type="checkbox"/> 正常(左右差なし) <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかり曲がる <input type="checkbox"/> 何とか曲がる <input type="checkbox"/> わずかに曲がる <input type="checkbox"/> 動かない				
	足首のそり	<input type="checkbox"/> 正常(左右差なし) <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかりそる <input type="checkbox"/> 何とかそる <input type="checkbox"/> わずかにそる <input type="checkbox"/> 動かない				
	座位	<input type="checkbox"/> 背もたれなしで座位が取れる <input type="checkbox"/> 座位が取れるが傾く、指示にて戻せる <input type="checkbox"/> 指示をしても傾いている <input type="checkbox"/> 座位がとれない				
	感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 半側空間失認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> マヒ側をみる <input type="checkbox"/> 正中まではみる <input type="checkbox"/> 健側のみ				
	失調	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	失行	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 状況判断能力 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	失語	表出	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input type="checkbox"/> 「時計」が呼称できる <input type="checkbox"/> 「時計」が呼称できない			
		理解	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input type="checkbox"/> 「手を挙げて」の指示が入る <input type="checkbox"/> 「手を挙げて」の指示が入らない			
		構音障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 「パ」「タ」「カ」がしっかり聞き取れる <input type="checkbox"/> なんとか聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞き取れない			
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ゼリーなどのみ試行 <input type="checkbox"/> 非経口				
変化・経過 (転院時情報)		最終処方		<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし		
バイタルサイン制限	運動時上限 血圧	脈拍	入浴時上限 血圧	脈拍	体温 °C	
退院後回復期病院での経過観察		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ()			次回診察日:	
その他特記事項、注意事項						

* 送付先：退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院(報告)へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。
* 保管：回復期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
 看護・介護シート【回復期病院作成用】

発行病院：船橋市立リハビリテーション病院
 送り先：

看護基本情報(1月1日 退院)										記入者名		記入日	
患者名(イニシャル可)										ID		1月1日	
身体	身長	cm			体重	kg			利き手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左			
	体温	~ 度			脈拍	回/分			不整脈	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
バイタルサイン	収縮期	~			拡張期	~							
	SPO ₂	%											
処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位() 処置方法()												
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位() 大きさ(皮膚損傷なし) グレード() 処置方法()												
意思疎通	ナースコール:	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			コミュニケーション手段	<input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> ジェスチャー							
	補聴器:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				<input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他()							
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 断眠 <input type="checkbox"/> 不眠 眠剤() : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩												
行動精神と症状	精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> その他()											
	行動症状	<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不隠 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 転倒転落 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他()											
	対応	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 四肢抑制 <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> その他()											
移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子自操 <input type="checkbox"/> 車椅子乗車(時間 分/日) <input type="checkbox"/> ストレッチャー												
食事栄養	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 絶飲食											
	食事内容												
	食形態	主食				副菜	<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー						
		水分ロミ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (0.5g /100cc)			補助食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()						
	食動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			用具								
		留意点()											
	摂取量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 3/4~1/2 <input type="checkbox"/> 1/2~1/4 <input type="checkbox"/> 1/4以下 <input type="checkbox"/> その他()											
	治療食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (DM食 kcal <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> ワーファリン食 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練食 (開始日 12月31日)											
その他	アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 嗜好品												
排泄	方法	日中; 夜間;			伝達事項	最終交換日	サイズ	種類					
	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし				<input type="checkbox"/> 留置カテーテル		Fr					
	失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				<input type="checkbox"/> 鼻腔・胃ろう		Fr					
	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし				<input type="checkbox"/> 気管切開		mm					
	排便コントロール	最終排便				<input type="checkbox"/> その他()							
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立				<input type="checkbox"/> その他()							
入浴	一般浴(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) シャワー浴(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)							バイタル上限					
	<input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭							バイタル下限					
日常生活機能評価	患者の状況	得点			特記事項								
		0点			1点								
					2点								
	床上安静	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり								
	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<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"/> 何かにつまればできる <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"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない								
	移乗	<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> 見守り一部介助が必要 <input type="checkbox"/> できない								
	移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない			<input type="checkbox"/> 介助を要する移動(搬送を含む)								
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> できない 義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()								
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし			<input type="checkbox"/> できない <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								
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない									
診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい			<input type="checkbox"/> いいえ									
危険行動	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり									
合計得点					点								
入院中の経過													
家族指導	指導内容			<input type="checkbox"/> 移動・移乗指導 <input type="checkbox"/> 食事(経管)・栄養指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導									
指導を受けた方()				<input type="checkbox"/> 排泄(オムツ)・トイレ指導 <input type="checkbox"/> 更衣指導 <input type="checkbox"/> その他()									
退院日バイタルサイン	体温	度	脈拍	回/分	不整脈	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	血圧	/ mmhg	SpO ₂	%			

* 送付先：退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院(報告)へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管：回復期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート

リハシート【回復期病院作成用】

発行病院: 船橋市立リハビリテーション病院
送り先:

リハビリテーション退院時情報()退院				記入者		記入日	
患者名(イニシャル可)				ID			
担当		担当PT		担当OT		担当ST	
リハ開始日		PT開始日		OT開始日		ST開始日	
リハサービス処方単位数/週		PT 単位		OT 単位		ST 単位	
禁忌・配慮事項							
リハ拒否など							
評価項目	1. 認知症		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明()				
	2. 意欲		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明()				
	3. 訓練中のバイタル変動		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	4. 日常的なコミュニケーション手段		<input type="checkbox"/> 発話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> Yes/No <input type="checkbox"/> その他 ()				
	5. 握力		右 kg , 左 kg				
	6. 痛み		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	7. Br.stage(手/上肢/下肢)		右(上肢: 正常 手指: 正常 下肢: 正常 / 左(上肢: 手指: 下肢:)				
	8. 感覚障害(上肢/下肢)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 上肢 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 下肢 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度				
	9. ROM制限		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	10. 見当識障害		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	11. 問題行動		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	12. 半側空間無視障害		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	13. 失語		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	14. 失行・失認		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	15. 記憶障害		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	16. 注意障害		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	17. 遂行機能障害		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	18. 構音障害(有・無)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	19. 嚥下障害(有・無)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	検査:VF、VE、水のみテスト(有・無)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> 水飲みテスト				
	嚥下訓練開始日		平成21年7月1日 (記述)				
20. 基本動作能力							
ベッド上動作		<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 ()					
座位		<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 ()					
立位		<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 ()					
屋内歩行		<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 歩行距離 m					
屋外歩行		<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 歩行距離 m					
階段昇降		<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 ()					
21. 下肢装具使用(記載)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: ()					
FIM	入院時点数	退院時点数	経過・福祉用具・介助方法等	FIM	入院時点数	退院時点数	経過・福祉用具・介助方法等
セルフケア				移動			
食事・スプーン				<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車イス			
整容				階段			
入浴(洗い動作)				小計	0	0	
更衣(上半身)				コミュニケーション			
更衣(下半身)				理解(聴覚・視覚)			
トイレ動作				表出(音声・非音声)			
小計	0	0	小計	0	0		
排泄コントロール				社会認識			
排尿				社会的交流			
排便				問題解決			
小計	0	0		記憶			
移乗				小計	0	0	
ベッド・イス・車イス				FIM合計	0	0	
トイレ				日常生活 関連動作			
浴槽・シャワー							
小計	0	0					
家屋調査の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
必要性のある環境設定							
退院後リハの継続目標							
家族指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (家族指導内容)						
添付資料							
特記事項 リハ内容など(サマリー代用可)							

* 送付先: 退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院(報告)へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管: 回復期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
SWシート【回復期病院作成用】

発行病院: 船橋市立リハビリテーション病院
送り先:

医療社会事業基本情報(12月31日 退院) 記入者		記入日 12月31日
患者名(イニシャル可)	ID	
居住地	千葉県船橋市夏見台 <input type="checkbox"/> 自宅 (方) <input type="checkbox"/> 施設 ()	
同居家族	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の家族 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()	
キーパーソン	氏名 (イニシャル可)	続柄 連絡先
介護力・主介護者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 () <input type="checkbox"/> 子の家族 () <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()	
保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 自賠責・第三者行為 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 担当	
社会福祉制度等申請状況	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()	
発症前のADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
発症前の社会・生活状況の概要		家族構成
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5	
サービス調整状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 入所系サービス <input type="checkbox"/> その他 ()	
ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 氏名 事業所名 連絡先	
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 (<input type="checkbox"/> 肢体 級 <input type="checkbox"/> 平衡1級 <input type="checkbox"/> 音声言語 級 <input type="checkbox"/> そしゃく1級 <input type="checkbox"/> 聴覚1級 <input type="checkbox"/> 視覚1級 <input type="checkbox"/> 内部級) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 精神 (級) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし	
在宅主治医	医療機関名	主治医名 連絡先
歯科医	医療機関名	主治医名 連絡先
家族的背景+心理面	本人の方向性	<input type="checkbox"/> 変わらず <input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 病院(医療) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他
	希望阻害因子	<input type="checkbox"/> 経済力 <input type="checkbox"/> 介護力不足・介護協力不足等 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 住宅改修不可能・住宅構造上 <input type="checkbox"/> 疾病・病態 <input type="checkbox"/> 職場調整
	家族の方向性	<input type="checkbox"/> 変わらず <input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 病院(医療) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他
	希望阻害因子	<input type="checkbox"/> 経済力 <input type="checkbox"/> 介護力不足・介護協力不足等 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 住宅改修不可能・住宅構造上 <input type="checkbox"/> 疾病・病態 <input type="checkbox"/> 職場調整
社会的背景+経済面	発症前	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 年金 (<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 障害)
	退院時	収入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 年金 () <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 預貯金 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他	住宅環境	<input type="checkbox"/> 戸建て (<input type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 賃貸) <input type="checkbox"/> 集合住宅 (<input type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 賃貸) () 階 EV停止 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> その他 ()
	障害となる構造	<input type="checkbox"/> 屋外階段 段 <input type="checkbox"/> 屋内階段 (手すり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上り左 <input type="checkbox"/> 上り右 <input type="checkbox"/> 両方) <input type="checkbox"/> 家への出入り <input type="checkbox"/> 段差 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> その他 ()
	改修状況 (済=レ点)	<input type="checkbox"/> 屋外階段 段 <input type="checkbox"/> 屋内階段 (手すり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上り左 <input type="checkbox"/> 上り右 <input type="checkbox"/> 両方) <input type="checkbox"/> 家への出入り <input type="checkbox"/> 段差 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> その他 ()

* 送付先: 退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院(報告)へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。
* 保 管: 回復期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス
診療経過表【患者基本情報】

発行病院：船橋市立リハビリテーション病院
送り先：

氏名		性別選択		生年月日		
診断			発症日			
機能障害		<input type="checkbox"/> 右麻痺 <input type="checkbox"/> 左麻痺 <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> 構音・嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし				
かかりつけ医で管理する疾患・生活習慣など		<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> その他の不整脈 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他の肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> その他の腎障害 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> その他()				
入院の記録	病院	入院日	退院日	病院・診療科(連絡先)		担当医
	①					
	②					
	③					
	④					
	⑤					
専門医の経過観察が必要な特殊疾患		<input type="checkbox"/> 手術後の経過 <input type="checkbox"/> 血管の狭窄・閉塞 <input type="checkbox"/> 未破裂脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし				
定期的に必要な特殊検査		<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> SPECT <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 心エコー				
外来診察・検査の予定		病院() に一回 次回:		病院() に一回 次回:		
伝達事項	感染症	<input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他()				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬剤() <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()				
	その他伝達事項					
身障手帳		級	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 平衡 <input type="checkbox"/> 音声言語 <input type="checkbox"/> そしゃく <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 精神			
介護保険情報		介護度 → → → 21年12月31日				
ケアマネージャー		事業所名		連絡先		
リハビリテーション評価担当事業所		サービス種別		連絡先		

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス
診療経過表【再発予防シート】

発行病院：船橋市立リハビリテーション病院
送り先：

受診	医療機関名			医師名	
	受診日				
身体状況	血 圧	/	/	/	/
	脈 拍				
	体 重	Kg	Kg	Kg	Kg
	<input type="checkbox"/> 体温	°C	°C	°C	°C
	<input type="checkbox"/> SpO ₂				
血液検査	<input type="checkbox"/> T-cho				
	<input type="checkbox"/> LDL				
	<input type="checkbox"/> HDL				
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪				
	<input type="checkbox"/> 尿酸				
	<input type="checkbox"/> クレアチニン				
	<input type="checkbox"/> 白血球				
	<input type="checkbox"/> ヘモグロビン				
	<input type="checkbox"/> 血糖				
	<input type="checkbox"/> HbA1c				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> PT-INR				
その他	<input type="checkbox"/> ワーファリン	mg	mg	mg	mg
	<input type="checkbox"/> 心電図				
	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン				
	<input type="checkbox"/>				
症 状					
医師署名欄					

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス
診療経過表【介護シート】

発行病院:船橋市立リハビリテーション病院
送り先

記入日					
介護度	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 未申請
	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援1
	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要支援2
	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護1
	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護2
	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護3
	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護4
	<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 要介護5
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 常食
	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> 刻み
	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> ミキサー
	<input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> 経管
摂食能力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立
	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 歩行
	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 車いす
	<input type="checkbox"/> ベッド上	<input type="checkbox"/> ベッド上	<input type="checkbox"/> ベッド上	<input type="checkbox"/> ベッド上	<input type="checkbox"/> ベッド上
移動能力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立
	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助
立位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立
	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助
起居動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立
	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ
	<input type="checkbox"/> P-トイレ	<input type="checkbox"/> P-トイレ	<input type="checkbox"/> P-トイレ	<input type="checkbox"/> P-トイレ	<input type="checkbox"/> P-トイレ
	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> おむつ
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立
	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 一部介助
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 全介助
介護者 変更	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()
サービス 変更	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()
半年間の 転倒	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()
利用している 介護サービス	デイケア	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 有(週 回)
	デイサービス	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 有(週 回)
	訪問介護 (日中)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 有(週 時間)	<input type="checkbox"/> 有(週 時間)	<input type="checkbox"/> 有(週 時間)	<input type="checkbox"/> 有(週 時間)
	訪問介護 (夜間)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 有(週 時間)	<input type="checkbox"/> 有(週 時間)	<input type="checkbox"/> 有(週 時間)	<input type="checkbox"/> 有(週 時間)
	訪問看護	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有(週 回)		<input checked="" type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 有(週 回)	
訪問リハ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 有(週 回)	
ショートステイ	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 有(月 日)	<input type="checkbox"/> 有(月 日)	<input type="checkbox"/> 有(月 日)	<input type="checkbox"/> 有(月 日)	
福祉用具 購入	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	
住宅改修	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	
福祉用具貸与	ベッド	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()
	車いす	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
その他	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有()	
備考					
事業所					
記入者					

* 地域生活期(維持期)に移行する際に2通作成し、かかりつけ医と患者に交付してください。
* 患者は原本を保管してください。介護スタッフ等は概ね半年に1度状況を記入してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
診療経過表【回復期病院作成用】

発行病院：船橋市立リハビリテーション病院
送り先：

評価日						
評価項目	mRS					
	握力	右				
		左				
	Br. Stage(右)	上肢				
		手指				
		下肢				
	Br. Stage(左)	上肢				
		手指				
		下肢				
	座位保持の状態					
	立位保持の状態					
	立ち上がり動作					
	TUG※					
	10m歩行速度(普通歩き)					
	(早歩き)					
装具内容						
杖・歩行器の有無						
新規補装具作成						
嚥下障害(食事内容)						

※TUGー立ち上がり→歩行(3m先の目標物旋回)→座り込みの連続動作の時間を表します

評価日						
FIM	食事(はし・スプーン等)		:	:	:	:
	整容		:	:	:	:
	入浴(洗い動作)		:	:	:	:
	更衣(上半身)		:	:	:	:
	更衣(下半身)		:	:	:	:
	トイレ動作		:	:	:	:
	セルフケア小計		0'	0'	0'	0'
	排尿		:	:	:	:
	排便		:	:	:	:
	排便コントロール小計		0'	0'	0'	0'
	ベッド・イス・車イス		:	:	:	:
	トイレ		:	:	:	:
	浴槽・シャワー		:	:	:	:
	移乗小計		0'	0'	0'	0'
	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車イス		:	:	:	:
	階段		:	:	:	:
	移動小計		0'	0'	0'	0'
	理解(聴覚・視覚)		:	:	:	:
	表出(音声・非音声)		:	:	:	:
	コミュニケーション小計		0'	0'	0'	0'
	社会的交流		:	:	:	:
	問題解決		:	:	:	:
記憶		:	:	:	:	
社会認識小計		0'	0'	0'	0'	
FIM合計		0'	0'	0'	0'	
記入者						

* 地域生活期(維持期)に移行する際に2通作成し、かかりつけ医と患者に交付してください。

* 患者は原本を保管してください。リハスタッフ等は概ね3ヶ月に1回評価結果を記入してください。