

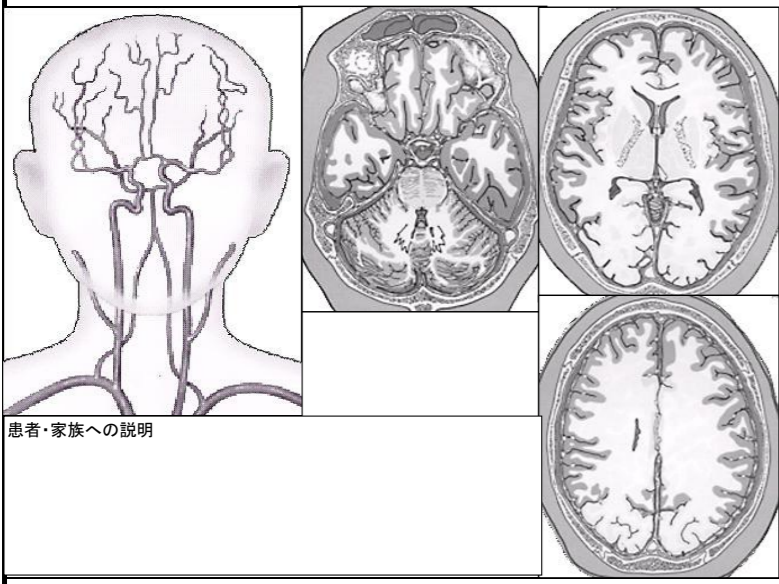
氏名: _____ 性別: 男・女 _____ 年齢:(歳) _____ M・T・S・H 年 月 日生 住所: _____

診断名 脳梗塞(□ラクナ梗塞 □アテローム血栓性梗塞 □心原性脳塞栓 □その他) ※部位は下面に記入して下さい 発症日 年 月 日 入院日 年 月 日
脳出血() クモ膜下出血() その他() 初回 再発

入院時の情報(急性期病院入院時)

かかりつけ 医療機関名: _____
 処方薬 無 抗血小板薬()
降圧薬() インシュリン注射 その他
 既往歴 脳卒中危険因子 高血圧 不整脈 心疾患 高脂血症 糖尿病 肥満 高尿酸血症
 発症前神経症候 身体障害 無 有(右・左片麻痺・失調・その他())
 高次脳機能障害 無 半側空間無視 記憶障害 失語()
 けいれん 無 有
 認知症 無 有 不明
 発症前mRS Grade 0 1 2 3 4 5 不明
 発症前歩行 (□屋内 □屋外)(□杖無□杖有□歩行器□車椅子)(□自立□見守り□介助) 不明
 家族構成 □家族と一緒に住む □単身:家族有り □単身:身寄無し キーパーツ: _____
 介護保険 □認定有(要支援1・2・要介護1・2・3・4・5) □申請中 □未申請
 入院時の症状
 意識レベルJCS 又は GCS JCS() GCS()
 言語障害 無 構音障害 失語(非流暢型・流暢型・混合型・全失語・その他)
 高次脳機能障害 無 半側空間無視 記憶障害 その他() 不明
 不穏・不眠・危険行為・問題行動 無 疑い 有()
 嚥下障害 無 有(軽度・重度・疑い) 不明
 片麻痺 無 有(軽度・中等度・重度) □右上肢(軽度・中等度・重度) □右下肢(軽度・中等度・重度)
有 有(軽度・中等度・重度) □左上肢(軽度・中等度・重度) □左下肢(軽度・中等度・重度)
 視野・眼球運動障害 無 有 不明 けいれん 無 有
 他の運動障害 無 失調(右・左上下肢・体幹・疑い) □その他
 感覚障害・異常感覚 無 有() □疼痛しびれ等
 基本動作 歩行可(介助無・有) 移乗可(介助無・有)
端座位可(介助無・有) すべて不能

病巣部位



患者・家族への説明

記載日 年 月 日 医師署名: _____

modified Rankin Scale(mRS)

Grade 0	障害が存在しない。
Grade 1	明らかな障害は存在はしない。通常の動作を補助なしで行なうことができる。
Grade 2	軽度の困難。いくつかの日常動作を行う事ができない。しかし多くの介助がなくても自分の身の回りのことができる。
Grade 3	中等度の困難。ある程度の介助を必要とするが助けなしに歩くことができる。
Grade 4	中等度～高度の困難。介助なしでは歩いたり身体の一部を好きなように動かすことができない。
Grade 5	重度の困難。ベッド臥床。失禁。持続的な看護と監視が必要とされる。

急性期から回復期へ(急性期病院退院時)

医療機関名: _____
 退院日 年 月 日
 入院中の特記 rt-PA(発症後 時間で注入)
手術()
血管内手術()
 施行日 年 月 日
 入院までの経過・入院中の治療内容 _____
 てんかん発作 無 有()
 医必 療 要 処 置 な 酸素(/m) 点滴(末梢・CV) 気管切開 吸引(頻度 /day)
褥瘡(部位)
 神 意識レベル JCS()
 言語障害 無 構音障害 失語(非流暢型・流暢型・混合型・全失語・その他)
 高次脳機能障害 無 半側空間無視 記憶障害 その他()
 不穏不眠・危険行為・問題行動 無 疑い 有()
 嚥下障害 無 有(軽度・重度・疑い) 不明
 片麻痺 無 有(軽度・中等度・重度) □右上肢(軽度・中等度・重度) □右下肢(軽度・中等度・重度)
有 有(軽度・中等度・重度) □左上肢(軽度・中等度・重度) □左下肢(軽度・中等度・重度)
 他の運動障害 無 失調(右・左上下肢・体幹・疑い) □その他
 感覚障害・異常感覚 無 有() □疼痛しびれ等
 基本動作 ADL(mRS or BI or FIM) □mRS() □BI /100 □FIM /126
歩行(自立・監視・介助・不能) 器具・介助具()
移乗(自立・監視・軽介助・重介助)
車椅子操作(自立・監視・困難)
端座位(支持無可・支持有可・自力不可)
 栄養 方法 経口 経管(経鼻) 胃瘻
 経口摂取動作 自立 監視 介助 非実施
 食事形態 常食 お粥 刻み食 ペースト ゼリー
経管食() □制限食()
 排泄 失禁 尿失禁 無 有 便失禁 無 有
 排泄器具等 バルーンカテーテル オムツ 尿器
差込便器 ポータブルトイレ 病棟トイレ
 排泄動作 自立 監視 軽介助 全介助
非実施

申し送り事項

日常生活機能評価表 ()点
 裏面の日常生活機能評価表を元に患者の状況进行评估する
 介護保険主治医意見書 無 有() 介護度()
 作成日 年 月 日
 転帰 自宅退院 回復期等リハビリ病院
療養型病院 介護施設 その他

退院時処方

患者・家族への説明内容(予後について)

記載日 年 月 日 医師署名: _____

回復期から維持期へ(回復期病院退院時)

医療機関名: _____
 入院日 年 月 日 退院日 年 月 日
 入院中の特記 _____
 入院中の経過・治療内容 _____
 てんかん発作 無 有()
 医必 療 要 処 置 な 酸素 点滴(末梢・CV) 気管切開 吸引(頻度 /day)
褥瘡(部位)
 神 意識レベル JCS()
 言語障害 無 構音障害 失語(非流暢型・流暢型・混合型・全失語・その他)
 高次脳機能障害 無 半側空間無視 記憶障害 その他()
 不穏不眠・危険行為・問題行動 無 疑い 有()
 嚥下障害 無 有(軽度・重度・疑い) 不明
 片麻痺 無 有(軽度・中等度・重度) □右上肢(軽度・中等度・重度) □右下肢(軽度・中等度・重度)
有 有(軽度・中等度・重度) □左上肢(軽度・中等度・重度) □左下肢(軽度・中等度・重度)
 他の運動障害 無 失調(右・左上下肢・体幹・疑い) □その他
 感覚障害・異常感覚 無 有() □疼痛しびれ等
 基本動作 ADL(mRS or BI or FIM) □mRS() □BI /100 □FIM /126
歩行(自立・監視・介助・不能) 器具・介助具()
移乗(自立・監視・軽介助・重介助)
車椅子操作(自立・監視・困難)
端座位(支持無可・支持有可・自力不可)
 栄養 方法 経口 経管(経鼻) 胃瘻
 経口摂取動作 自立 監視 介助 非実施
 食事形態 常食 お粥 刻み食 ペースト ゼリー
経管食() □制限食()
 排泄 失禁 尿失禁 無 有 便失禁 無 有
 排泄器具等 バルーンカテーテル オムツ 尿器
差込便器 ポータブルトイレ 病棟トイレ
 排泄動作 自立 監視 軽介助 全介助
非実施

申し送り事項

日常生活機能評価表 ()点
 裏面の日常生活機能評価表を元に患者の状況进行评估する
 介護保険主治医意見書 無 有() 介護度()
 作成日 年 月 日
 転帰 自宅退院 回復期等リハビリ病院
療養型病院 介護施設 その他

退院時処方

患者・家族への説明内容(予後について)

記載日 年 月 日 医師署名: _____

脳卒中地域連携パス

東京都西北部脳卒中医療連携検討会版(2009年1月)

維持期(自宅・施設)

医療機関名: _____
帰宅日 入所日 年 月 日
 3ヶ月後記載日 年 月 日
 治療中の疾患 高血圧 糖尿病 高脂血症 心疾患 その他
 必要な医療処置 経管栄養(経鼻) 胃瘻 尿道留置カテーテル 気管カニューレ 褥瘡
 処方 _____
 アウトカム ADL:mRS()
 残存機能 □向上 □維持 □低下
再入院(□再発 □他疾患) □死亡
 リハビリ(医療保険・介護保険) 無 有
 かかりつけ医署名: _____

生活の場 自宅 老健 特老 その他
 住宅改修 済 未
 追加改修 無 有
 介護認定 無 有(介護度)
 身体障害者手帳 無 有(級) 申請予定
 介護 訪問系サービス 介護予防訪問介護 介護予防訪問リハビリ
介護予防訪問看護 介護予防訪問入浴
 保険 通所系サービス 介護予防通所リハビリ
短期集中リハ・運動器機能向上
栄養改善
口腔機能向上
 サービス 機能訓練加算・運動器機能向上
介護予防通所介護
機能訓練加算・運動器機能向上
栄養改善
口腔機能向上
 利用 介護予防短期入所療養介護・生活介護
 状況 移動形態 独歩 杖 歩行器・押し車 つかまり 車椅子 ベッド
 食事 自立 一部介助 全介助()
 食事形態 普通食 お粥 刻み食 ペースト ゼリー 経管食()
 日 排泄 自立 介助: □トイレ □ポータブルトイレ □おむつ
排便調整必要 □その他()
 常 清潔 自立 介助: □清拭 □シャワー □浴槽()
 障害高齢者自立度 自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2
 認知症状態 自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IV □V □M HDS-R()点
 生 うつ状態 □なし □兆候あり □症状あり
 行動の問題 奇声 不潔行為 徘徊 危険行動
 睡眠 良好 昼夜逆転 夜間譫妄
 活 痛み 無 有
 生活リズム 規則正しい 不規則 臥床がち
 状 意欲 無 有
危険を認知できるか 無 有
 日常生活機能評価表 ()点
 裏面の日常生活機能評価表を元に患者の状況进行评估する
 況 無 有
 生活・介護上の問題点
 担当 事業所・施設名: _____ 電話: _____
 記載日 年 月 日 ケアマネジャー署名: _____