

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【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

患者基本情報		月 日記入		科 医師名				
患者氏名	ID		性別		発症	平成	年 月 日	
	生年月日		年齢	歳	入院	平成	年 月 日	
疾患名				病巣部位				
<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> アテローム血栓症 <input type="checkbox"/> 心原性塞栓 <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()							
<input type="checkbox"/> 脳出血	<input type="checkbox"/> 高血圧性 <input type="checkbox"/> 脳動脈奇形 <input type="checkbox"/> もやもや病 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			サイズ	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 散在性			
<input type="checkbox"/> クモ膜下出血	<input type="checkbox"/> 嚢状脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> 解離性動脈瘤 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()							
手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 月 日(内容) <input type="checkbox"/> 有 月 日(内容)							
特殊疾患	<input type="checkbox"/> 血管狭窄・閉塞() <input type="checkbox"/> 未破裂動脈瘤() <input type="checkbox"/> その他()							
主な障害	<input type="checkbox"/> 右マヒ <input type="checkbox"/> 左マヒ <input type="checkbox"/> 両マヒ <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> 構音・嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他()							
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"/> DVT <input type="checkbox"/> その他							
要注意既往症 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"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他肝機能障害() <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 腎障害() <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他;							
特記事項(手術・既往 など)								
現病歴 治療内容	<input type="checkbox"/> 地域連携診療計画管理算定可			投薬内容・ インスリン	<input type="checkbox"/> 薬歴添付・薬剤シートあり(この場合は処方記載不要)			
					<table border="1"> <tr> <td>朝</td> <td></td> <td>昼</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夕</td> <td></td> <td>夜</td> <td></td> </tr> </table>	朝		昼
朝		昼						
夕		夜						
予後の説明内容	<input type="checkbox"/> 点滴			終了見込み 月 日 <input type="checkbox"/> 不明				
				呼吸	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素投与(L/分)			
予後の説明内容				意識レベル	<input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> JCS・GCS()			
				リハ施行	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST			
予後の説明内容				栄養経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう(月 日) <input type="checkbox"/> TPN			
				感染症 <input type="checkbox"/> 疥癬(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> 梅毒(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> HBs抗原(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> HCV抗体(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑膿菌(部位 MRSA(<input type="checkbox"/> + <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"/> -) <input type="checkbox"/> その他;				
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(CRP必須) <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他()							
障害 評価 (月 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本ずつ 曲げ伸ばしできる <input type="checkbox"/> 1本ずつ動くが曲げ 伸ばしきれない <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"/> しっかり伸びる <input type="checkbox"/> 何とか伸びる <input type="checkbox"/> わずかに伸びる <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"/> 背もたれ無しで座位がとれる <input type="checkbox"/> 座位がとれるが傾く、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		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 type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		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		記憶障害		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 状況判断能力 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	失語	表出	<input type="checkbox"/> 正常 <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"/> 正常 <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"/> 「ハ」「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						
退院時情報(月 日記入)		退院 記入者		記入日 月 日				
転院までの増悪等	<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし			最終処方・ インスリン	<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 薬歴添付あり(この場合は処方記載不要)			
退院後急性期病院での経過観察	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要		内容		(次回診察日) 年 月 日			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
その他特記事項、禁忌・注意事項	<input type="checkbox"/> MRI()							

* 送付先：退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等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：急性期病院が作成し、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
看護シート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

看護基本情報(月 日記入)		記入者名		
患者名(イニシャル可)	生年月日	ID		
合併疾患	<input type="checkbox"/> 治療要継続 <input type="checkbox"/> 終診	<input type="checkbox"/> 治療要継続 <input type="checkbox"/> 終診	<input type="checkbox"/> 治療要継続 <input type="checkbox"/> 終診	
発症前情報		現在の情報		
身体	体重 Kg	体重 Kg	身長 cm	
食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食事内容	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 食	摂取量(割)	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (- -)cal	
動作	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> 車椅子乗車(時間 分/回) <input type="checkbox"/> ベッド	
	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	移乗動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> ムラあり <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 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他()	
問題行動	睡眠 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 断眠 <input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 断眠 <input type="checkbox"/> 不眠	眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時折 <input type="checkbox"/> 毎晩	
精神症状	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <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()	
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不穏 <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()	
抑制	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> センサー	<input type="checkbox"/> 抑制 <input type="checkbox"/> その他()	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> その他()	
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位	ケア	
その他				
退院時情報(月 日退院)		記入者		
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位:	ケア内容:	要治療継続 合併疾患	
食事栄養	経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(品名:()投与量:(kcal/日or ml/日)		
	水分	経管の場合:投与時間(時間/回)(<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻) <input type="checkbox"/> 経口経管併用 <input type="checkbox"/> TPN		
	形態	<input type="checkbox"/> とろみあり(とろみ剤名: ()1回量: /水 ml) <input type="checkbox"/> 補水量(ml/日)		
	動作	主食 <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> その他()		
	特記	副食 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 常食		
口腔の状態	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 開口障害 <input type="checkbox"/> その他()			
排泄	排尿方法	日中: 夜間:	最終交換日	
	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし	サイズ	
	失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	種類	
	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし		
排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> GE <input type="checkbox"/> 摘便	伝達事項		
動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル / Fr		
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴自立 <input type="checkbox"/> 介助浴(頻度: 回/週・介助内容	<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 / Fr		
		<input type="checkbox"/> 気管切開 / mm		
		<input type="checkbox"/> その他() /		
		<input type="checkbox"/> その他() /		
日常生活機能評価	患者の状況	得点		
		0点	1点	2点
	床上安静の指示	<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"/> 何かにつかまればできる	<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"/> 介助を要しない移動	<input type="checkbox"/> 介助を要する移動(搬送含む)	
	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	
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できるときとできないときがある	<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"/> ない	<input type="checkbox"/> あり		
合計得点		点		
その後の経過(サマリ-代用可)				
退院日情報	車椅子乗車可能時間	最終排便	最終排尿	
最終バイタルサイン	体温 度 脈拍	不整脈 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	SpO ₂	

* 転院相談時は、看護基本情報と日常生活機能評価を記載してください。転院時、日常生活機能評価は上書きしてください。

* 送付先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等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: 急性期病院が作成し、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【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

リハビリテーション基本情報(月 日記入)記入者											
患者名(イニシャル可)					生年月日			ID			
リハ開始日	年 月 日										
病前の活動状態(家屋内移動・散歩・買い物・旅行)											
1. 禁忌(血圧、心拍、SpO2制限など)	(記述)										
2. リハ拒否など	(記述)										
3. 失語	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				<input type="checkbox"/> 不明						
4. 嚥下障害(有・無)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				<input type="checkbox"/> 不明						
5. 端座位	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立										
6. 立位	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立										
7. 歩行	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立										
特記事項											
退院時情報(月 日退院)記入者											
リハ開始日	PT開始日	年 月 日	OT開始日	年 月 日	ST開始日	年 月 日	記入日	月 日			
リハサービス処方単位数/週	PT	OT		ST							
骨・関節疾患による禁忌・配慮事項											
その他の配慮事項											
評価項目	1. 機能的・能力的予後:mRS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6				FIM		点数			
	2. 認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不明				セルフケア					
	3. 意欲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明				食事・スプーン					
	4. 訓練中のバイタル変動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				整容					
	5. 配慮事項	(記述)				入浴(洗い動作)					
	6. 日常的なコミュニケーション手段	(記述)				更衣(上半身)					
	7. 握力	右	kg		左	kg		更衣(下半身)			
	8. 痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				トイレ動作					
	9. Br.stage(手/上肢/下肢)	右	上肢()手指()		下肢()		小計				
		左	上肢()手指()		下肢()		排泄コントロール				
	10. 感覚障害(上肢/下肢)	上肢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度)				<input type="checkbox"/> 不明		排尿		
		下肢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度)				<input type="checkbox"/> 不明		排便		
	11. ROM制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				<input type="checkbox"/> 不明		小計			
	12. 半側空間無視障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明				移乗					
	13. 見当識障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明				ベッド・イス・車イス					
	14. 問題行動	(記述)				トイレ					
	15. 失語	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明				浴槽・シャワー					
	16. 構音障害(有・無)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明				小計					
	17. 嚥下障害(有・無)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明				移動					
	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				歩行					
嚥下訓練開始日	年 月 日 (記述)				車椅子						
18. リハ経過(動作練習実施の有無)					階段						
ベッド上動作	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 : 開始 年 月 日				小計						
座位	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 : 開始 年 月 日				コミュニケーション						
移乗	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 : 開始 年 月 日				理解(聴覚・視覚)						
立ち上がり・立位	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 : 開始 年 月 日				表出(音声・非音声)						
立ち上がり回数	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 1~10回 <input type="checkbox"/> 11~20回 <input type="checkbox"/> 20回以上				小計						
歩行	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 : 開始 年 月 日				社会認識						
応用歩行(階段・屋外など)	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 : 開始 年 月 日				社会的交流						
19. 基本動作能力					問題解決						
ベッド上動作	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立				記憶						
端座位	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立				小計						
立位	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立				□できる □している FIM合計						
歩行	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立										
20. 下肢装具使用(記載)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:(記述)										
特記事項 リハ内容・途中終了など(サマリー代用可)											
添付資料	<input type="checkbox"/> VF結果 <input type="checkbox"/> SLTA結果 <input type="checkbox"/> その他()										
在宅リハの継続目標	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問										
本人・家族の希望											

* 送付先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等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: 急性期病院が作成し、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
MSWシート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

医療社会事業基本情報 (月 日記入) 記入者			
患者名(イニシャル可)	生年月日	ID	
居住地	(都道府県) (市) <input type="checkbox"/> 自宅 <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"/> その他()		
キーパーソン	氏名(イニシャル)	続柄	連絡先
保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <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		
本人の希望	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院(医療・介護) <input type="checkbox"/> 施設		
()の希望	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院(医療・介護) <input type="checkbox"/> 施設		
リスク	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 経済 <input type="checkbox"/> 家屋 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護		
申請支援	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()		
特記事項			
部屋希望 <input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでも可			
退院時情報(月 日退院) 記入者			記入日 月 日 ※書ける範囲で可
介護保険入院前	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <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		
サービス利用	<input type="checkbox"/> 不明 <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 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他()		
転院時	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 説明済み <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済み()		
ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 氏名	事業所名	連絡先
身障手帳	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中(□新規 □等級変更) <input type="checkbox"/> 有(□入院前に取得 □今回取得)		
種別等級	<input type="checkbox"/> 肢体 級 <input type="checkbox"/> 平衡 級 <input type="checkbox"/> 音声言語 級 <input type="checkbox"/> そしゃく 級 <input type="checkbox"/> 聴覚 級 <input type="checkbox"/> 視覚 級 <input type="checkbox"/> 内部 級 <input type="checkbox"/> 精神 級		
発症前のADL	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
家族的背景 + 心理面	本人の方向性の变化	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 変わらず <input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院(医療・介護) <input type="checkbox"/> 施設	
	希望阻害因子	<input type="checkbox"/> 不明 <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"/> 病態	
	家族の方向性の变化	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 変わらず <input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院(医療・介護) <input type="checkbox"/> 施設	
	希望阻害因子	<input type="checkbox"/> 不明 <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"/> 病態	
社会的背景 + 経済面	入院前	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営(内容) <input type="checkbox"/> 年金(□高齢 □遺族 □障害) <input type="checkbox"/> 無職()	
	退院時	<input type="checkbox"/> 不明 収入:□なし <input type="checkbox"/> あり(□傷病手当金 □年金() □生活保護 □その他())	
その他	住宅環境	<input type="checkbox"/> 戸建て(□所有 □賃貸) <input type="checkbox"/> 集合住宅(□所有 □賃貸) ()階 EV停止(□あり □なし) <input type="checkbox"/> その他()	
	障害となる構造	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	在宅移行期に必要なサービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護(□指示書記載) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> その他()	

* 送付先：退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等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：急性期病院が作成し、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
診療情報シート【回復期病院作成用】

発行病院
送り先

患者基本情報		月 日記入		科 医師名			
患者氏名	ID	性別	発症	平成	年 月 日		
	生年月日	年齢	入院	平成	年 月 日		
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"/> 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・インスリン	<input type="checkbox"/> 薬歴添付・薬剤シートあり(この場合処方記載不要) 自己管理 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 禁忌薬剤() 朝 屋 夕 夜			
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 月 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"/> TPN		
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	疥癬(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) 梅毒(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) HBs抗原(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) HCV抗体(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑膿菌(部位 MRSA(<input type="checkbox"/> + <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"/> -) <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 (月 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 曲げ伸ばしきれぬ	<input type="checkbox"/> 1本づつ動くが曲げ 伸ばしきれぬ	<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
	肩関節の曲げ	<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"/> 背もたれ無しで座位がとれる <input type="checkbox"/> 座位がとれるが傾く、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	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 type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	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	記憶障害		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	状況判断能力 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	失語	表出 <input type="checkbox"/> 正常 <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"/> 正常 <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"/> 「ハ」「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・インスリン		<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 薬歴添付あり(この場合処方記載不要)			
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
退院後回復期病院での経過観察		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 内容		(次回診察日) 年 月 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
看護シート【回復期病院作成用】

発行病院
送り先

看護基本情報(月 日退院)記入者名										記入日	月	日		
姓名(イニシャル可)			生年月日			ID								
身体		身長	cm	体重	Kg	利き手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左							
バイタルサイン		体温	度	脈拍	回/分	不整脈	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
		血圧	収縮期	度	拡張期	mmHg								
		SPO2	%											
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() 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 <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												
精神動 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"/> 不穏 <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	経路	<input type="checkbox"/> 経口、 <input type="checkbox"/> 経管摂取 (銘柄、投与量)()kcal、投与時間 (時間/回) (<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経口訓練併用) <input type="checkbox"/> T												
	形態	主食 <input type="checkbox"/> ご飯、 <input type="checkbox"/> 軟飯、 <input type="checkbox"/> 全粥、 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 副食 <input type="checkbox"/> ゼリー、 <input type="checkbox"/> ゼリー食、 <input type="checkbox"/> ミキサー・ペースト食、 <input type="checkbox"/> やわらか食、 <input type="checkbox"/> 軟菜・刻み食、 <input type="checkbox"/> 常食 (下記の副菜コメント参照)												
	水分	<input type="checkbox"/> ところみあり、(トロミの強さ <input type="checkbox"/> 弱め、 <input type="checkbox"/> 強め)、(ところみ剤の銘柄・分量など)、水分量 (ml)												
	動作	<input type="checkbox"/> 自立(<input type="checkbox"/> 補助具使用)、 <input type="checkbox"/> 見守り必要、 <input type="checkbox"/> 一部介助()、 <input type="checkbox"/> 全介助												
	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"/> タンパク制限()g												
特記	<input type="checkbox"/> 禁止食() <input type="checkbox"/> その他()													
口腔の状態		<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 開口障害 <input type="checkbox"/> その他()												
排 泄	方法	日中;	夜間;	伝 達 事 項			次回交換日	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 <input type="checkbox"/> 胃瘻	/	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"/> 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"/> 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									
	床上安静の指示		<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		<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"/> 何かにつかまればできる	<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"/> 介助を要しない移動	<input type="checkbox"/> 介助を要する移動(搬送含む)										
	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	義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
	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"/> できるときできないときがある	<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"/> はい	<input type="checkbox"/> ある											
合計得点		点												
入院中の経過														
家族指導		月 日	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 <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()									
指導を受けた方()														
退院日バイタルサイン	体温	度	脈拍	回/分	不整脈				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	血圧	/	mmHg	SpO2	%

* 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

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)	生年月日	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	OT	ST	
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. うつの有無	<input type="checkbox"/> 評価困難 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> やや重症 <input type="checkbox"/> 重症)	点	
	2. 意欲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明()		
	4. 訓練中のバイタル変動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	5. 日常的なコミュニケーション手段	<input type="checkbox"/> 発語 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> Yes/No <input type="checkbox"/> その他()		
	6. 握力	右 kg 左 kg		
	7. 痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	8. Br.stage(手/上肢/下肢)	右(上肢: 手指: 下肢:) 左(上肢: 手指: 下肢:)		
	9. 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		
	10. ROM制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	11. 見当識障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	12. 問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	13. 半側空間無視障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	14. 失語	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> あり()		
	15. 失行・失認	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	16. 記憶障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	17. 注意障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	18. 遂行機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	19. 構音障害(有・無)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	20. 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	記述		
21. 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()			
院内歩行	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立	連続歩行距離約	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	連続歩行距離約	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()			
22. 下肢装具使用(記載)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(記述)			
FIM	入院時点数	退院時点数	福祉用具・介助方法等	
セルフケア	食事・スプーン		福祉用具・介助方法等	
	整容			
	入浴(洗い動作)			
	更衣(上半身)			
	更衣(下半身)			
	トイレ動作			
小計				
排泄	排尿		福祉用具・介助方法等	
	排便			
	小計			
移乗	ベッド・イス・車イス		福祉用具・介助方法等	
	トイレ			
	浴槽・シャワー			
	小計			
発症から90日後のmRS	点	0点:まったく症状がない 1点:症候はあっても明らかな障害はない 2点:軽度の障害 3点:中等度の障害 4点:中等度から重度の障害 5点:重度の障害 6点:死亡		
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	<input type="checkbox"/> VF結果 <input type="checkbox"/> SLTA結果 <input type="checkbox"/> 家屋調査報告書 <input type="checkbox"/> その他()			
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。

令和5年12月版

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

発行病院
送り先

医療社会事業基本情報(月 日退院)記入者		記入日	月	日
患者名(イニシャル可)	生年月日	ID		
居住地	(都・道・府・県) (市) □自宅(方) □施設()			
同居家族	□単身 □配偶者 □子 □子の家族 □両親 □兄弟姉妹 □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	□あり □なし □配偶者 □子() □子の家族() □両親 □兄弟姉妹 □その他()			
保険種別	□国保 □社保 □後期高齢者 □共済 □自賠責・第三者行為 □労災 □生保 担当			
社会福祉制度等申請状況	□未申請 □介護保険 □身障手帳 □傷病手当金 □生活保護 □特定疾患 □その他()			
発症前のADL	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
発症前の社会・生活状況の概要		家族構成		
介護保険	□申請中 □支援1 □支援2 □介護1 □介護2 □介護3 □介護4 □介護5			
サービス調整状況	□なし □住宅改修 □福祉用具貸与 □訪問介護 □通所 □入所 □その他()			
ケアマネージャー	□なし □あり 氏名 事業所名 連絡先			
障害者手帳	□身体障害者手帳(肢体 級;平衡 級;音声言語 級;そしゃく 級;聴覚 級;視覚 級;内部 級) □申請中 □なし			
	□精神障害者保健福祉手帳(級) □申請中 □なし			
	□療育手帳(□A □Aの1 □Aの2 □Bの1 □Bの2) □申請中 □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	□変わらず □職場復帰 □在宅 □病院(医療・介護) □施設 □未定 □その他		
	希望阻害因子	□経済力 □介護力不足・介護協力不足等 □介護者不在 □住宅改修不可能・住宅構造上 □病態 □職場調整		
	家族の方向性	□変わらず □職場復帰 □在宅 □病院(医療・介護) □施設 □未定 □その他		
	希望阻害因子	□経済力 □介護力不足・介護協力不足等 □介護者不在 □住宅改修不可能・住宅構造上 □病態 □職場調整		
社会的背景+経済面	発症前	□会社員 □公務員 □自営 □無職 □その他() □年金(□老齢 □遺族 □障害)		
	退院時	収入 □なし □あり □傷病手当金 □年金() □生活保護 □預貯金 □その他() □課税 □非課税		
その他	住宅環境	□戸建て(□所有 □賃貸) □集合住宅(□所有 □賃貸) ()階 EV停止(□あり □なし) □その他()		
	障害となる構造	□階段: □屋外 □屋内(手すり: □なし □上り左 □上り右 □両方) □家への出入り □段差(□浴室 □トイレ □廊下 □玄関) □トイレ □浴槽 □その他()		
	改修状況(済=レ点)	□階段: □屋外 □屋内(手すり: □なし □上り左 □上り右 □両方) □家への出入り □段差(□浴室 □トイレ □廊下 □玄関) □トイレ □浴槽 □その他()		
退院後の生活の場	□自宅 □家族宅 □有料老人ホーム等 □介護施設等 □療養病床 □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 連携シート
 歯科診療情報シート【急性期/回復期病院作成用】

発行病院

送り先

歯科基本情報		月	日記入	歯科・口腔外科 歯科医師名	
患者氏名			ID		
口腔衛生/ 自立度	歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	うがい	コップの水を自分で口に含むこと (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない)			
		<input type="checkbox"/> 強いうがいができる <input type="checkbox"/> 口に含む程度 <input type="checkbox"/> 飲み込んでしまう <input type="checkbox"/> むせる			
	義歯着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 着脱のどちらかを介助(<input type="checkbox"/> 着 <input type="checkbox"/> 脱) <input type="checkbox"/> 全介助			
	義歯清掃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
義歯管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
口腔ケア用具等		<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> スポンジブラシ <input type="checkbox"/> 義歯ブラシ <input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> 義歯洗浄剤 <input type="checkbox"/> その他()			
専門職による口腔ケアの必要性の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
う蝕		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 緊急を要する <input type="checkbox"/> いずれ治療が必要 部位:)			
歯肉炎・歯周炎		<input type="checkbox"/> なし・軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度			
口腔乾燥		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度			
その他粘膜疾患		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
義歯の状況	有無	上顎 <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用) <input type="checkbox"/> なし		下顎 <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用) <input type="checkbox"/> なし	
	適合状況	上顎 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適合・破損		下顎 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適合・破損	
		使用状況 <input type="checkbox"/> 就寝時以外常時使用 <input type="checkbox"/> 食事時のみ <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> その他()			
	清掃状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要改善			
治療の必要性の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他:)			
嚥下機能の評価	検査	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> その他()			
	所見				
	嚥下訓練の内容				
嚥下訓練の必要性の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
その他特記事項等					
			最終歯科受診日		

歯肉:【なし・軽度】総義歯又はほぼ縁上歯石に限られる状態【中等度】ほとんどの部位に縁下歯石が及ぶもの【重度】ほとんどの歯に縁下歯石が認められ、多くの動揺歯が存在する
 口腔乾燥:【軽度】唾液の粘性亢進、やや唾液が少ない、唾液が糸を引く、泡が見られる等の状態【重度】唾液が舌粘膜上に見られない状態
 その他関連情報は以下シートをご参照ください。
 感染症状況・アレルギー状況・・・診療情報シート(急性期・回復期)
 PT-INR等データ・・・添付資料
 肺炎の状況等・・・看護シート
 薬剤情報・・・薬剤シート
 構音障害の状況・・・リハシート
 食事・栄養の状況・・・栄養シート

！院後できるだけ早期にこのシートをかかりつけ歯科医にご提示ください。 平成30年4月

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
 薬剤シート

発行機関
 送り先

患者基本情報 (年 月 日記入)			薬剤師名				
患者氏名		生年月日		年齢		性別	
薬剤の管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 { <input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> その他()} <input type="checkbox"/> 施設(施設名:) <input type="checkbox"/> その他()						
指導上の注意	アドヒアランス: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良						
服用方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他()						
副作用・アレルギー ※可能ならば原因薬剤と年月日を記載							
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明							
服用薬剤							
※ 現在服用中の全薬剤(内服薬・外用薬・注射薬等、定時薬・臨時薬)を記録する。 ※ 「粉碎/脱カプセル」・「簡易懸濁」は、現在の状況についてチェック(✓)を入れる。 ※ 数種類の散剤、軟膏剤を混合している場合には、内容も記録する。 ※ 「医療機関等」には、「処方した医療機関、調剤した薬局」の欄より対応する番号を記載する。							
No.	調剤医薬品	先発医薬品	用法・用量	粉碎等	簡易懸濁	4週間以上服用	医療機関等
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
調剤に関する特記事項							
その他(臨床検査値、TDM、薬剤変更の経緯、経時記録など)							
一般用医薬品、健康食品等				医療機器・医療材料			
<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				<input type="checkbox"/> 血糖自己測定器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし			
処方した医療機関、調剤した薬局							
	医療機関等の名称	TEL	FAX	備考			
①							
②							
③							
④							
⑤							

※かかりつけ薬局には○を付けること。

※ 院外処方せんを発行する際には、「薬剤シート(本シート)」および「診療情報シート」の写しを添付してください。患者さんへは処方せんと写しを合わせて薬局に提示するように説明してください。

患者氏名: _____ 様

連絡先: 直通 代表

生年月日: M T S H 年 月 日

作成日 H 年 月 日

年齢: _____ 歳 計測日 性別: 男 女

作成者 _____ 送り先 _____

身長: _____ cm () BMI: _____

急性期 回復期 生活期

体重: _____ kg () 標準体重: _____ kg

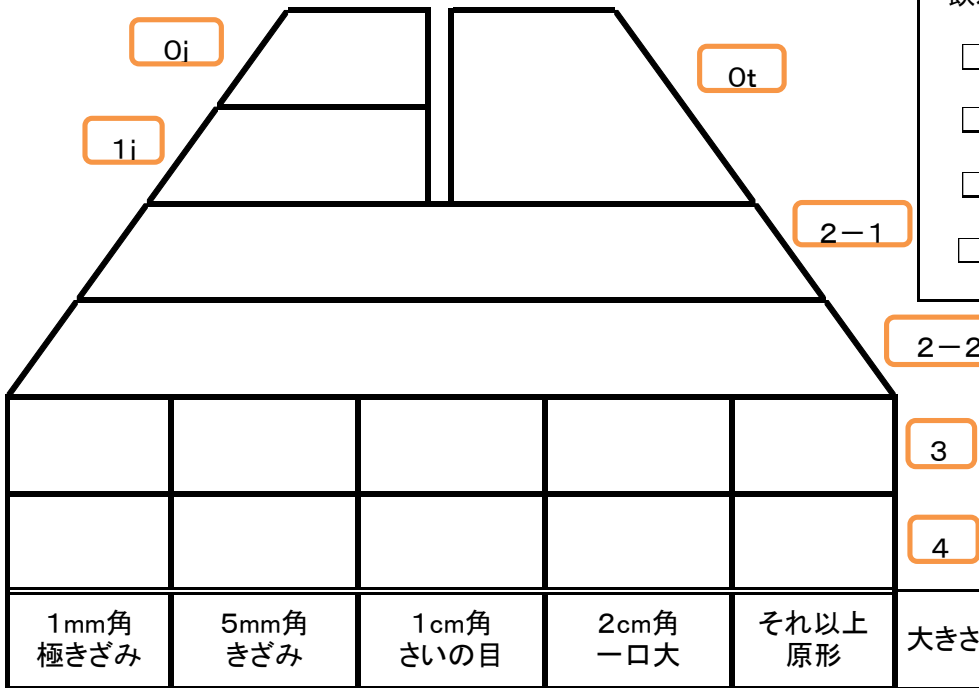
※入院時体重(測定記録があれば記入): _____ kg

<食事情報> 経口 経管

食種	エネルギー	kcal	蛋白質	g
摂取量: 主 % 副 %	経管水分量	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 総量	ml

その他特記事項

<分類シート>



飲水とろみの状態

段階0 とろみなし

段階1 薄いとろみ

段階2 中間のとろみ

段階3 濃いとろみ

説明

- Oj : 均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー。
離水が少なく、スライス状にすくうことが可能。
- Ot : 均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したとろみ水。
(原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみのどちらかが適している。)
- 1j : 均質で、付着性・凝集性・硬さ・離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの。
- 2-1: プューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかでべたつかず、まとまりやすいもの
スプーンですくって食べることが可能なもの。
- 2-2: プューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものも含む
スプーンですくって食べることが可能なもの。
- 3 : 形はあるが、押しつぶしが容易、
食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの。
多量の離水がない。
- 4 : 硬さ・ばらけやすさ・貼りつきのないもの。箸やスプーンで切れるやわらかさ。