

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス
連絡票【様式A】介護・福祉発

発行者
送り先

(月 日記入)記入者名				
患者氏名	性別		ID	
	年齢	歳		
診断				
現在の生活の場	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設			
現在のサービス	<input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問看護			
<input type="checkbox"/> かかりつけ医から計画管理病院・回復期病院への報告(日常生活機能評価表は必ず記載) <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> お聞きしたいこと・お願いしたい				

現在の情報(月 日)記入必要と思われる部分のみ記載 記入者

バイタルサイン	体温	～ 度	脈拍	～	不整脈	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	血圧	収縮期	～
褥そう (内容)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処置方法:						拡張期	～	
							体重		Kg

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)								
	形態	<input type="checkbox"/> 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"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経口訓練併用 <input type="checkbox"/> TPN() Cal				
		<input type="checkbox"/> 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"/> とろみあり、(トロミの強さ <input type="checkbox"/> 弱め、 <input type="checkbox"/> 強め)、(とろみ剤の銘柄・分量など)、水分量 (
	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()									

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				<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	<input type="checkbox"/> 一般浴(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> シャワー浴(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> ベッド上	バイタル上限下限
----	--	----------

日常生活機能評価(必須項目)	患者の状況	得点			特記事項
		0点	1点	2点	
	床上安静	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> あり		
	どちらかの手を胸元まで持ち上げら	<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	
	移乗方法	<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"/> 介助無し	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 全介助	
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助無し	<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"/> はい	<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			

* 福祉・介護事業所等から医療機関への照会・連絡等にご使用ください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス連絡票
 【様式B】お返事 診療情報提供書
初回 ヵ月後 年後

発信		宛先	

フリガナ		性別	男性・女性	ID	
患者氏名		年齢	歳	生年月日	T・S・H 年 月 日
診断					

発信: 専門医 回復期病院から (月 日)記入者名

宛先: かかりつけ医 ケアマネージャー リハビリ 訪問看護

検査・受診結果:

<input type="checkbox"/> 前回より良くなっています。	<input type="checkbox"/> ADLは良くなっています。
<input type="checkbox"/> 前回と同様です。	<input type="checkbox"/> ADLは変わりありません。
<input type="checkbox"/> 前回より悪化しています。	<input type="checkbox"/> ADLは低下しています。

処方薬の変更: 無・このまま継続をお願いします 有(以下に記載)

次回検査予定 (ヵ月後) 頭部MRI・MRA (予約 済(/) 未) 頸動脈エコー (予約 済(/) 未)

次回外来予定 (ヵ月後) 無 有 (予約済(/) 予約未)

検査・外来予約を(ヵ月後)に取ってください。

御本人・御家族への説明内容

血液検査(月 日) 別紙参照

頭部MRI (月 日) 別紙参照

頭部MRA(月 日) 別紙参照

頸動脈エコー(月 日) 別紙参照

その他の検査 (月 日)

添付資料 CT MRI X-P ECG 血液検査 尿 感染症

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス連絡票
【様式C】 初回 ヵ月後 年後

発信		宛先	

発信: かかりつけ医から 専門医 回復期病院へ (月 日) 記入者名

フリガナ		性別	男性・女性	ID	
------	--	----	-------	----	--

患者氏名		年齢	歳	生年月日	T・S・H 年 月 日
------	--	----	---	------	-------------

診断

現在の生活の場 自宅 グループホーム 老人保健施設 その他の施設 (

現在のサービス 通院 訪問診療 通所リハ 訪問リハ デイサービス デイケア ショートステイ 訪問看護 受診科 (内科 外科 眼科 皮膚科 泌尿器科 歯科)

バイタルサイン等	体温	度	脈拍	不整脈	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	血圧	
	身長	cm	体重	Kg	喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

血液検査 (/)	血糖(空腹時)	血糖(食後)	HbA1c(%)	血清クレアチニン	
	LDL-C(mg/dl)	HDL-C(mg/dl)	TG(mg/dl)	PT-INR	

添付資料 CT MRI X-P ECG 血液検査 尿 感染症

お世話になっております。状態変化ありません。
 以下ご報告したい事項があります。

退院時指導料Ⅱ算定 診療情報提供料算定

処方薬:

日常生活機能評価(必須項目)	患者の状況	得点			特記事項
		0点	1点	2点	
	床上安静	<input type="checkbox"/> できる	<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	
	移乗方法	<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"/> 介助無し	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 全介助	
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助無し	<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"/> はい	<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	点	総合計 点