

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳梗塞版] ver2.8

氏名

フリガナ（ ）

診断名

脳梗塞(□ラクナ梗塞 □アテローム血栓性脳梗塞 □心原性脳梗塞 □その他)
手術(□無 □有 [内容:]) (発症日:平成 年 月 日)
(手術日:平成 年 月 日)

※ mRS : modified Rankin Scale

計画管理病院名()					
経 過	入院時	リハ開始時	退院時(週)	転 帰	
日 付	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	mRS O I II III IV V	
目標 と 最終結果	診断の確定		症状の増悪がない	内科一般状態の安定	
	治療方針の決定 急性増悪がない		早期リハビリの開始 再発予防	自宅生活可能とする状態まで改善・回復⇒ □ 自宅退院	
			リハビリ・介護サービスによって能力向上、自宅復帰が可能⇒ □ 回復期 リハビリ病院・リハビリ病棟		
			⇒ □ 老人保健施設		
			⇒ □ 介護施設		
		継続した医療行為が必要⇒ □ 療養型病院			
治療 ／ 薬剤	常用薬の確認	点滴(□オザグレル □アルカトロン □エダラボン □t-PA) 内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □NOAC() □他()		内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □NOAC() □他()	コメント
検査	CT・MRI・MRA	血液検査・CT	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等		
リハビリ	リハビリ計画	リハビリ開始	日常生活活動拡大に向けたリハビリ		
清潔	清拭	清拭・シャワー	シャワー・入浴介助 入浴訓練		
排泄	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導 排泄訓練		
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事形態	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)	【転院・退院時基準】 ・危機脱出 ・全身状態の安定	
説明・指導	診断・治療方針説明	MSW等と今後の方向性検討	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明		

計画管理病院での所見等		計画管理病院退院・転院時の機能状態		
かかりつけ医:□無 □有()		□気管切開 □吸引(頻度 /day) □褥創(部位)		
既往		ADL BI /100 あるいは FIM /126		
		床上安静の指示 □なし □あり		
		どちらかの手を胸元まで持ち上げられる □できる □できない		
		寝返り □できる □つかまれば可能 □できない		
		起き上がり □できる □できない		
脳卒中の危険因子 □高血圧 □不整脈 □心疾患 □高脂血症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症		座位保持 □できる □支持があれば可能 □できない		
		移乗 □できる □監視・一部介助 □できない		
		移動 □できる □要介助		
		□腔清潔 □できる □できない		
		食事の摂取 □自立 □一部介助 □全介助 ()		
		衣服の着脱 □できる □一部介助 □できない		
		他者への意思の伝達 □できる □できる時とできない時がある □できない		
		診療・療養上の指示が通じる □できる □できない		
発症時 所見	意識レベル JCS	※ 意識清明はOと記載する		
	上肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度		
	下肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度		
	言語機能障害	□無 □失語症 □構音障害		
	その他			
退院時 所見	意識レベル JCS	※ 意識清明はOと記載する		
	認知症(痴呆)	□無 □有 □不明		
	高次脳機能障害	□無 □有 □不明		
	言語機能障害	□無 □失語症 □構音障害		
	視力、視野、眼球運動の問題	□無 □有()		
	嚥下障害	□無 □有		
	上肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度		
	下肢麻痺	□無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度		
	感覚障害、異常感覚等の訴え	□無 □有()		
	失調、錐体外路症状、立位バランス障害	□無 □有()		
家族に対する機能予後説明 □無 □有		説明医師		
家族、介護等の問題		説明日 年 月 日		
		患者/家族サイン		

性別	男・女	年齢	歳	住所	電話番号 ()
生年月日 M T S H 年 月 日					

2段階目の保険医療機関等の名称()				3段階目の保険医療機関等の名称 ()	
経 過	入院・入所時	～退院・退所時()	転 帰		
日 付	平成 年 月 日	平成 年 月 日	mRS O I II III IV V	外来診療開始 平成 年 月 日	
目標 と 最終結果	日常生活活動拡大に向けたリハビリ	日常生活能力の獲得		介護サービス開始 平成 年 月 日	
	二次的合併症の予防 ケアプランの作成・社会資源の手配	自宅生活を可能とする状態まで改善・回復 ケアプランの作成、住宅改築等の完了⇒ □ 自宅退院		自宅生活の継続 再発予防 機能維持	
		自宅復帰の見込みがある⇒ □ 老人保健施設		自宅復帰支援、再発予防・機能維持	
		リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難⇒ □ 介護施設		施設内生活の継続 再発予防 機能維持	
		継続した医療行為が必要⇒ □ 療養型病院		再発予防・機能維持	
治療 ／ 薬剤	内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □NOAC() □他()	内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □NOAC() □他()	コメント	内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □NOAC() □他()	
検査	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等			必要に応じて諸検査	
リハビリ	日常生活活動拡大に向けたリハビリ			生活期リハビリ	
清潔	シャワー・入浴介助、入浴訓練	シャワー・入浴の自立		コメント	
排泄	床上またはトイレ誘導、排泄訓練	排泄の自立	【退院時基準】 ・在宅復帰 ・入所等の準備終了 ・障害改善の安定		
食事	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)				
説明・指導	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明				

2段階目の保険医療機関での機能状態			3段階目の保険医療機関での機能状態		
	入院時	退院時	初回受診時		
ADL	BI /100 あるいは FIM /126	BI /100 あるいは FIM /126	BI /100 あるいは FIM /126		
床上安静の指示	□なし □あり	□なし □あり	□なし □あり		
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	□できる □できない	□できる □できない	□できる □できない		
寝返り	□できる □つかまれば可能 □できない	□できる □つかまれば可能 □できない	□できる □つかまれば可能 □できない		
起き上がり	□できる □できない	□できる □できない	□できる □できない		
座位保持	□できる □支持があれば可能 □できない	□できる □支持があれば可能 □できない	□できる □支持があれば可能 □できない		
移乗	□できる □監視・一部介助 □できない	□できる □監視・一部介助 □できない	□できる □監視・一部介助 □できない		
移動	□できる □要介助	□できる □要介助	□できる □要介助		
□腔清潔	□できる □できない	□できる □できない	□できる □できない		
食事の摂取	□自立 □一部介助 □全介助 ()	□自立 □一部介助 □全介助 ()	□自立 □一部介助 □全介助 ()		
衣服の着脱	□できる □一部介助 □できない	□できる □一部介助 □できない	□できる □一部介助 □できない		
他者への意思の伝達	□できる □できる時とできない時がある □できない	□できる □できる時とできない時がある □できない	□できる □できる時とできない時がある □できない		
診療・療養上の指示が通じる	□できる □できない	□できる □できない	□できる □できない		
不隠・不眠・問題行動等	□無 □有()	□無 □有()	□無 □有()		
日常生活機能評価	点	点	日常生活機能評価 点		
食事形態	□常食 □嚥下調整食(具体名)	□常食 □嚥下調整食(具体名)	□常食 □嚥下調整食(具体名)		
排泄動作	□自立 □監視 □要介助	□自立 □監視 □要介助	□自立 □監視 □要介助		
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 □洋式トイレ	□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 □洋式トイレ	□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 □洋式トイレ		
入 浴	□自立() □要介助 □非実施	□自立() □要介助 □非実施	□自立() □要介助 □非実施		
特記すべき事項		説明医師	特記事項		
		説明日 年 月 日	説明日 年 月 日		
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		患者/家族サイン	患者/家族サイン		
認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M					

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳出血版]ver2.8

氏名

フリガナ（ ）

診断名

☐脳出血

☐くも膜下出血

(発症日:平成 年 月 日)

手術(☐無 ☐有[内容:])

(手術日:平成 年 月 日)

※ mRS : modified Rankin Scale

計画管理病院名（ ）								
経 過	入院時		リハ開始時		退院時(週)	転 帰		
日 付	平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 年 月 日	mRS	Ⅰ Ⅱ ⅢⅣⅤ	
目標 と 最終結果	診断の確定		症状の増悪がない		内科一般状態の安定			
	治療方針の決定 急性増悪がない		早期リハビリの開始 再発予防		自宅生活可能とする状態まで改善・回復			⇒ ☐ 自宅退院
					リハビリ・介護サービスによって能力向上、自宅復帰が可能			⇒ ☐ 回復期 リハビリ病院・リハビリ病棟 ⇒ ☐ 老人保健施設
					リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難			⇒ ☐ 介護施設
					継続した医療行為が必要	⇒ ☐ 療養型病院		
治療 ／ 薬剤	常用薬の確認					コメント		
検査	CT・MRI・MRA	血液検査・CT		必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等				
リハビリ	リハビリ計画	リハビリ開始		日常生活活動拡大に向けたリハビリ				
清潔	清拭	清拭・シャワー		シャワー・入浴介助	入浴訓練			
排泄	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導		床上またはトイレ誘導	排泄訓練			
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事形態		状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)				
説明・指導	診断・治療方針説明	MSW等と今後の方向性検討		退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明		【転院・退院時基準】 ・危機脱出 ・全身状態の安定		

計画管理病院での所見等	
かかりつけ医: ☐ 無 ☐ 有（ ）	
既往	
脳卒中の危険因子 ☐ 高血圧 ☐ 不整脈 ☐ 心疾患 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病 ☐ 肥満 ☐ 高尿酸血症	
発症時 所見	意識レベル JCS ※ 意識清明はOと記載する
	上肢麻痺 ☐ 無 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	下肢麻痺 ☐ 無 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	その他
退院時 所見	意識レベル JCS ※ 意識清明はOと記載する
	認知症(痴呆) ☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明
	高次脳機能障害 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明
	言語機能障害 ☐ 無 ☐ 失語症 ☐ 構音障害
	視力、視野、眼球運動の問題 ☐ 無 ☐ 有（ ）
	嚥下障害 ☐ 無 ☐ 有
	上肢麻痺 ☐ 無 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	下肢麻痺 ☐ 無 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	感覚障害、異常感覚等の訴え ☐ 無 ☐ 有（ ）
	失調、錐体外路症状、立位バランス障害 ☐ 無 ☐ 有（ ）

計画管理病院退院・転院時の機能状態	
☐ 気管切開 ☐ 吸引(頻度 /day) ☐ 褥創(部位)	
ADL	BI /100 あるいは FIM /126
床上安静の指示	☐ なし ☐ あり
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	☐ できる ☐ できない
寝返り	☐ できる ☐ つかまれば可能 ☐ できない
起き上がり	☐ できる ☐ できない
座位保持	☐ できる ☐ 支持があれば可能 ☐ できない
移乗	☐ できる ☐ 監視・一部介助 ☐ できない
移動	☐ できる ☐ 要介助
口腔清潔	☐ できる ☐ できない
食事の摂取	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助（ ）
衣服の着脱	☐ できる ☐ 一部介助 ☐ できない
他者への意思の伝達	☐ できる ☐ できる時とできない時がある ☐ できない
診療・療養上の指示が通じる	☐ できる ☐ できない
不隠・不眠・危険行為・問題行動 ☐ 無 ☐ 有（ ）	
日常生活機能評価(/19点) 点	
食事形態	☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(具体名)
排泄動作	☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 要介助
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 ☐ 洋式トイレ
入 浴	☐ 自立（ ） ☐ 要介助 ☐ 非実施
家族に対する機能予後説明 ☐ 無 ☐ 有	
説明医師	
説明日 年 月 日	
患者/家族サイン	
家族、介護等の問題	

性別	男・女	年齢	歳	住所	電話番号（ ）
----	-----	----	---	----	---------

生年月日	M T S H	年	月	日
------	---------	---	---	---

2段階目の保険医療機関等の名称（ ）				3段階目の保険医療機関等の名称（ ）		
経 過	入院・入所時		～退院・退所時()		転 帰	
日 付	平成 年 月 日		平成 年 月 日			
目標 と 最終結果	日常生活活動拡大に向けたリハビリ		日常生活能力の獲得		mRS	Ⅰ Ⅱ ⅢⅣⅤ
	二次的合併症の予防 ケアプランの作成・社会資源の手配		自宅生活を可能とする状態まで改善・回復 ケアプランの作成、住宅改築等の完了	⇒ ☐ 自宅退院		
			自宅復帰の見込みがある	⇒ ☐ 老人保健施設		
			リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難	⇒ ☐ 介護施設		
			継続した医療行為が必要	⇒ ☐ 療養型病院		
治療 ／ 薬剤					コメント	
検査	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等				【退院時基準】 ・在宅復帰 ・入所等の準備終了 ・障害改善の安定	
リハビリ	日常生活活動拡大に向けたリハビリ					
清潔	シャワー・入浴介助、入浴訓練	シャワー・入浴の自立				
排泄	床上またはトイレ誘導、排泄訓練	排泄の自立				
食事	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)					
説明・指導	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明					

2段階目の保険医療機関での機能状態		
	入院時	退院時
ADL	BI /100 あるいは FIM /126	BI /100 あるいは FIM /126
床上安静の指示	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	☐ できる ☐ できない	☐ できる ☐ できない
寝返り	☐ できる ☐ つかまれば可能 ☐ できない	☐ できる ☐ つかまれば可能 ☐ できない
起き上がり	☐ できる ☐ できない	☐ できる ☐ できない
座位保持	☐ できる ☐ 支持があれば可能 ☐ できない	☐ できる ☐ 支持があれば可能 ☐ できない
移乗	☐ できる ☐ 監視・一部介助 ☐ できない	☐ できる ☐ 監視・一部介助 ☐ できない
移動	☐ できる ☐ 要介助	☐ できる ☐ 要介助
口腔清潔	☐ できる ☐ できない	☐ できる ☐ できない
食事の摂取	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助（ ）	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助（ ）
衣服の着脱	☐ できる ☐ 一部介助 ☐ できない	☐ できる ☐ 一部介助 ☐ できない
他者への意思の伝達	☐ できる ☐ できる時とできない時がある ☐ できない	☐ できる ☐ できる時とできない時がある ☐ できない
診療・療養上の指示が通じる	☐ できる ☐ できない	☐ できる ☐ できない
不隠・不眠・問題行動等 ☐ 無 ☐ 有（ ）		☐ 無 ☐ 有（ ）
日常生活機能評価 点		点
食事形態	☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(具体名)	☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(具体名)
排泄動作	☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 要介助	☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 要介助
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 ☐ 洋式トイレ	☐ 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 ☐ 洋式トイレ
入 浴	☐ 自立（ ） ☐ 要介助 ☐ 非実施	☐ 自立（ ） ☐ 要介助 ☐ 非実施
特記すべき事項		説明医師
		説明日 年 月 日
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		患者/家族サイン
認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		

3段階目の保険医療機関での機能状態	
初回受診時	
BI /100 あるいは FIM /126	
☐ なし ☐ あり	
☐ できる ☐ できない	
☐ できる ☐ つかまれば可能 ☐ できない	
☐ できる ☐ できない	
☐ できる ☐ 支持があれば可能 ☐ できない	
☐ できる ☐ 監視・一部介助 ☐ できない	
☐ できる ☐ 要介助	
☐ できる ☐ できない	
☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助（ ）	
☐ できる ☐ 一部介助 ☐ できない	
☐ できる ☐ できる時とできない時がある ☐ できない	
☐ できる ☐ できない	
☐ 無 ☐ 有（ ）	
日常生活機能評価 点	
☐ 常食 ☐ 嚥下調整食(具体名)	
☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 要介助	
☐ 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 ☐ 洋式トイレ	
☐ 自立（ ） ☐ 要介助 ☐ 非実施	
特記事項	説明医師
	説明日 年 月 日
	患者/家族サイン