

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳梗塞版]ver2.9

氏名	フリガナ()
----	---------

診断名	脳梗塞(<input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他) 手術(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [内容: <input type="checkbox"/> 血栓回収 <input type="checkbox"/> その他])	(発症日:令和 年 月 日) (手術日:令和 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	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	mRS O I II III IV V
目標と最終結果	診断の確定 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 回復期 リハビリ病院・リハビリ病棟 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 介護施設
			継続した医療行為が必要	<input type="checkbox"/> 療養型病院
			内服薬 点滴(<input type="checkbox"/> オザグレル <input type="checkbox"/> アルガトロン <input type="checkbox"/> エダラボン <input type="checkbox"/> t-PA) 内服薬 <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> シロスタゾール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> DOAC() <input type="checkbox"/> 他()	内服薬 <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> シロスタゾール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> DOAC() <input type="checkbox"/> 他()
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) ・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

かかりつけ医: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
既往
抗血栓薬投与 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
SSN利用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
施設入所 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
介護保険 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
介護度: <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度
脳卒中の危険因子 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症
発症時所見
意識レベル JCS <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 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 101 <input type="checkbox"/> 102 <input type="checkbox"/> 103 <input type="checkbox"/> 104 <input type="checkbox"/> 105 <input type="checkbox"/> 106 <input type="checkbox"/> 107 <input type="checkbox"/> 108 <input type="checkbox"/> 109 <input type="checkbox"/> 110 <input type="checkbox"/> 111 <input type="checkbox"/> 112 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 114 <input type="checkbox"/> 115 <input type="checkbox"/> 116 <input type="checkbox"/> 117 <input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/> 119 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 121 <input type="checkbox"/> 122 <input type="checkbox"/> 123 <input type="checkbox"/> 124 <input type="checkbox"/> 125 <input type="checkbox"/> 126 <input type="checkbox"/> 127 <input type="checkbox"/> 128 <input type="checkbox"/> 129 <input type="checkbox"/> 130 <input type="checkbox"/> 131 <input type="checkbox"/> 132 <input type="checkbox"/> 133 <input type="checkbox"/> 134 <input type="checkbox"/> 135 <input type="checkbox"/> 136 <input type="checkbox"/> 137 <input type="checkbox"/> 138 <input type="checkbox"/> 139 <input type="checkbox"/> 140 <input type="checkbox"/> 141 <input type="checkbox"/> 142 <input type="checkbox"/> 143 <input type="checkbox"/> 144 <input type="checkbox"/> 145 <input type="checkbox"/> 146 <input type="checkbox"/> 147 <input type="checkbox"/> 148 <input type="checkbox"/> 149 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 151 <input type="checkbox"/> 152 <input type="checkbox"/> 153 <input type="checkbox"/> 154 <input type="checkbox"/> 155 <input type="checkbox"/> 156 <input type="checkbox"/> 157 <input type="checkbox"/> 158 <input type="checkbox"/> 159 <input type="checkbox"/> 160 <input type="checkbox"/> 161 <input type="checkbox"/> 162 <input type="checkbox"/> 163 <input type="checkbox"/> 164 <input type="checkbox"/> 165 <input type="checkbox"/> 166 <input type="checkbox"/> 167 <input type="checkbox"/> 168 <input type="checkbox"/> 169 <input type="checkbox"/> 170 <input type="checkbox"/> 171 <input type="checkbox"/> 172 <input type="checkbox"/> 173 <input type="checkbox"/> 174 <input type="checkbox"/> 175 <input type="checkbox"/> 176 <input type="checkbox"/> 177 <input type="checkbox"/> 178 <input type="checkbox"/> 179 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 181 <input type="checkbox"/> 182 <input type="checkbox"/> 183 <input type="checkbox"/> 184 <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 186 <input type="checkbox"/> 187 <input type="checkbox"/> 188 <input type="checkbox"/> 189 <input type="checkbox"/> 190 <input type="checkbox"/> 191 <input type="checkbox"/> 192 <input type="checkbox"/> 193 <input type="checkbox"/> 194 <input type="checkbox"/> 195 <input type="checkbox"/> 196 <input type="checkbox"/> 197 <input type="checkbox"/> 198 <input type="checkbox"/> 199 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 202 <input type="checkbox"/> 203 <input type="checkbox"/> 204 <input type="checkbox"/> 205 <input type="checkbox"/> 206 <input type="checkbox"/> 207 <input type="checkbox"/> 208 <input type="checkbox"/> 209 <input type="checkbox"/> 210 <input type="checkbox"/> 211 <input type="checkbox"/> 212 <input type="checkbox"/> 213 <input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 216 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218 <input type="checkbox"/> 219 <input type="checkbox"/> 220 <input type="checkbox"/> 221 <input type="checkbox"/> 222 <input type="checkbox"/> 223 <input type="checkbox"/> 224 <input type="checkbox"/> 225 <input type="checkbox"/> 226 <input type="checkbox"/> 227 <input type="checkbox"/> 228 <input type="checkbox"/> 229 <input type="checkbox"/> 230 <input type="checkbox"/> 231 <input type="checkbox"/> 232 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 234 <input type="checkbox"/> 235 <input type="checkbox"/> 236 <input type="checkbox"/> 237 <input type="checkbox"/> 238 <input type="checkbox"/> 239 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> 241 <input type="checkbox"/> 242 <input type="checkbox"/> 243 <input type="checkbox"/> 244 <input type="checkbox"/> 245 <input type="checkbox"/> 246 <input type="checkbox"/> 247 <input type="checkbox"/> 248 <input type="checkbox"/> 249 <input type="checkbox"/> 250 <input type="checkbox"/> 251 <input type="checkbox"/> 252 <input type="checkbox"/> 253 <input type="checkbox"/> 254 <input type="checkbox"/> 255 <input type="checkbox"/> 256 <input type="checkbox"/> 257 <input type="checkbox"/> 258 <input type="checkbox"/> 259 <input type="checkbox"/> 260 <input type="checkbox"/> 261 <input type="checkbox"/> 262 <input type="checkbox"/> 263 <input type="checkbox"/> 264 <input type="checkbox"/> 265 <input type="checkbox"/> 266 <input type="checkbox"/> 267 <input type="checkbox"/> 268 <input type="checkbox"/> 269 <input type="checkbox"/> 270 <input type="checkbox"/> 271 <input type="checkbox"/> 272 <input type="checkbox"/> 273 <input type="checkbox"/> 274 <input type="checkbox"/> 275 <input type="checkbox"/> 276 <input type="checkbox"/> 277 <input type="checkbox"/> 278 <input type="checkbox"/> 279 <input type="checkbox"/> 280 <input type="checkbox"/> 281 <input type="checkbox"/> 282 <input type="checkbox"/> 283 <input type="checkbox"/> 284 <input type="checkbox"/> 285 <input type="checkbox"/> 286 <input type="checkbox"/> 287 <input type="checkbox"/> 288 <input type="checkbox"/> 289 <input type="checkbox"/> 290 <input type="checkbox"/> 291 <input type="checkbox"/> 292 <input type="checkbox"/> 293 <input type="checkbox"/> 294 <input type="checkbox"/> 295 <input type="checkbox"/> 296 <input type="checkbox"/> 297 <input type="checkbox"/> 298 <input type="checkbox"/> 299 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> 301 <input type="checkbox"/> 302 <input type="checkbox"/> 303 <input type="checkbox"/> 304 <input type="checkbox"/> 305 <input type="checkbox"/> 306 <input type="checkbox"/> 307 <input type="checkbox"/> 308 <input type="checkbox"/> 309 <input type="checkbox"/> 310 <input type="checkbox"/> 311 <input type="checkbox"/> 312 <input type="checkbox"/> 313 <input type="checkbox"/> 314 <input type="checkbox"/> 315 <input type="checkbox"/> 316 <input type="checkbox"/> 317 <input type="checkbox"/> 318 <input type="checkbox"/> 319 <input type="checkbox"/> 320 <input type="checkbox"/> 321 <input type="checkbox"/> 322 <input type="checkbox"/> 323 <input type="checkbox"/> 324 <input type="checkbox"/> 325 <input type="checkbox"/> 326 <input type="checkbox"/> 327 <input type="checkbox"/> 328 <input type="checkbox"/> 329 <input type="checkbox"/> 330 <input type="checkbox"/> 331 <input type="checkbox"/> 332 <input type="checkbox"/> 333 <input type="checkbox"/> 334 <input type="checkbox"/> 335 <input type="checkbox"/> 336 <input type="checkbox"/> 337 <input type="checkbox"/> 338 <input type="checkbox"/> 339 <input type="checkbox"/> 340 <input type="checkbox"/> 341 <input type="checkbox"/> 342 <input type="checkbox"/> 343 <input type="checkbox"/> 344 <input type="checkbox"/> 345 <input type="checkbox"/> 346 <input type="checkbox"/> 347 <input type="checkbox"/> 348 <input type="checkbox"/> 349 <input type="checkbox"/> 350 <input type="checkbox"/> 351 <input type="checkbox"/> 352 <input type="checkbox"/> 353 <input type="checkbox"/> 354 <input type="checkbox"/> 355 <input type="checkbox"/> 356 <input type="checkbox"/> 357 <input type="checkbox"/> 358 <input type="checkbox"/> 359 <input type="checkbox"/> 360 <input type="checkbox"/> 361 <input type="checkbox"/> 362 <input type="checkbox"/> 363 <input type="checkbox"/> 364 <input type="checkbox"/> 365 <input type="checkbox"/> 366 <input type="checkbox"/> 367 <input type="checkbox"/> 368 <input type="checkbox"/> 369 <input type="checkbox"/> 370 <input type="checkbox"/> 371 <input type="checkbox"/> 372 <input type="checkbox"/> 373 <input type="checkbox"/> 374 <input type="checkbox"/> 375 <input type="checkbox"/> 376 <input type="checkbox"/> 377 <input type="checkbox"/> 378 <input type="checkbox"/> 379 <input type="checkbox"/> 380 <input type="checkbox"/> 381 <input type="checkbox"/> 382 <input type="checkbox"/> 383 <input type="checkbox"/> 384 <input type="checkbox"/> 385 <input type="checkbox"/> 386 <input type="checkbox"/> 387 <input type="checkbox"/> 388 <input type="checkbox"/> 389 <input type="checkbox"/> 390 <input type="checkbox"/> 391 <input type="checkbox"/> 392 <input type="checkbox"/> 393 <input type="checkbox"/> 394 <input type="checkbox"/> 395 <input type="checkbox"/> 396 <input type="checkbox"/> 397 <input type="checkbox"/> 398 <input type="checkbox"/> 399 <input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 401 <input type="checkbox"/> 402 <input type="checkbox"/> 403 <input type="checkbox"/> 404 <input type="checkbox"/> 405 <input type="checkbox"/> 406 <input type="checkbox"/> 407 <input type="checkbox"/> 408 <input type="checkbox"/> 409 <input type="checkbox"/> 410 <input type="checkbox"/> 411 <input type="checkbox"/> 412 <input type="checkbox"/> 413 <input type="checkbox"/> 414 <input type="checkbox"/> 415 <input type="checkbox"/> 416 <input type="checkbox"/> 417 <input type="checkbox"/> 418 <input type="checkbox"/> 419 <input type="checkbox"/> 420 <input type="checkbox"/> 421 <input type="checkbox"/> 422 <input type="checkbox"/> 423 <input type="checkbox"/> 424 <input type="checkbox"/> 425 <input type="checkbox"/> 426 <input type="checkbox"/> 427 <input type="checkbox"/> 428 <input type="checkbox"/> 429 <input type="checkbox"/> 430 <input type="checkbox"/> 431 <input type="checkbox"/> 432 <input type="checkbox"/> 433 <input type="checkbox"/> 434 <input type="checkbox"/> 435 <input type="checkbox"/> 436 <input type="checkbox"/> 437 <input type="checkbox"/> 438 <input type="checkbox"/> 439 <input type="checkbox"/> 440 <input type="checkbox"/> 441 <input type="checkbox"/> 442 <input type="checkbox"/> 443 <input type="checkbox"/> 444 <input type="checkbox"/> 445 <input type="checkbox"/> 446 <input type="checkbox"/> 447 <input type="checkbox"/> 448 <input type="checkbox"/> 449 <input type="checkbox"/> 450 <input type="checkbox"/> 451 <input type="checkbox"/> 452 <input type="checkbox"/> 453 <input type="checkbox"/> 454 <input type="checkbox"/> 455 <input type="checkbox"/> 456 <input type="checkbox"/> 457 <input type="checkbox"/> 458 <input type="checkbox"/> 459 <input type="checkbox"/> 460 <input type="checkbox"/> 461 <input type="checkbox"/> 462 <input type="checkbox"/> 463 <input type="checkbox"/> 464 <input type="checkbox"/> 465 <input type="checkbox"/> 466 <input type="checkbox"/> 467 <input type="checkbox"/> 468 <input type="checkbox"/> 469 <input type="checkbox"/> 470 <input type="checkbox"/> 471 <input type="checkbox"/> 472 <input type="checkbox"/> 473 <input type="checkbox"/> 474 <input type="checkbox"/> 475 <input type="checkbox"/> 476 <input type="checkbox"/> 477 <input type="checkbox"/> 478 <input type="checkbox"/> 479 <input type="checkbox"/> 480 <input type="checkbox"/> 481 <input type="checkbox"/> 482 <input type="checkbox"/> 483 <input type="checkbox"/> 484 <input type="checkbox"/> 485 <input type="checkbox"/> 486 <input type="checkbox"/> 487 <input type="checkbox"/> 488 <input type="checkbox"/> 489 <input type="checkbox"/> 490 <input type="checkbox"/> 491 <input type="checkbox"/> 492 <input type="checkbox"/> 493 <input type="checkbox"/> 494 <input type="checkbox"/> 495 <input type="checkbox"/> 496 <input type="checkbox"/> 497 <input type="checkbox"/> 498 <input type="checkbox"/> 499 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 501 <input type="checkbox"/> 502 <input type="checkbox"/> 503 <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> 505 <input type="checkbox"/> 506 <input type="checkbox"/> 507 <input type="checkbox"/> 508 <input type="checkbox"/> 509 <input type="checkbox"/> 510 <input type="checkbox"/> 511 <input type="checkbox"/> 512 <input type="checkbox"/> 513 <input type="checkbox"/> 514 <input type="checkbox"/> 515 <input type="checkbox"/> 516 <input type="checkbox"/> 517 <input type="checkbox"/> 518 <input type="checkbox"/> 519 <input type="checkbox"/> 520 <input type="checkbox"/> 521 <input type="checkbox"/> 522 <input type="checkbox"/> 523 <input type="checkbox"/> 524 <input type="checkbox"/> 525 <input type="checkbox"/> 526 <input type="checkbox"/> 527 <input type="checkbox"/> 528 <input type="checkbox"/> 529 <input type="checkbox"/> 530 <input type="checkbox"/> 531 <input type="checkbox"/> 532 <input type="checkbox"/> 533 <input type="checkbox"/> 534 <input type="checkbox"/> 535 <input type="checkbox"/> 536 <input type="checkbox"/> 537 <input type="checkbox"/> 538 <input type="checkbox"/> 539 <input type="checkbox"/> 540 <input type="checkbox"/> 541 <input type="checkbox"/> 542 <input type="checkbox"/> 543 <input type="checkbox"/> 544 <input type="checkbox"/> 545 <input type="checkbox"/> 546 <input type="checkbox"/> 547 <input type="checkbox"/> 548 <input type="checkbox"/> 549 <input type="checkbox"/> 550 <input type="checkbox"/> 551 <input type="checkbox"/> 552 <input type="checkbox"/> 553 <input type="checkbox"/> 554 <input type="checkbox"/> 555 <input type="checkbox"/> 556 <input type="checkbox"/> 557 <input type="checkbox"/> 558 <input type="checkbox"/> 559 <input type="checkbox"/> 560 <input type="checkbox"/> 561 <input type="checkbox"/> 562 <input type="checkbox"/> 563 <input type="checkbox"/> 564 <input type="checkbox"/> 565 <input type="checkbox"/> 566 <input type="checkbox"/> 567 <input type="checkbox"/> 568 <input type="checkbox"/> 569 <input type="checkbox"/> 570 <input type="checkbox"/> 571 <input type="checkbox"/> 572 <input type="checkbox"/> 573 <input type="checkbox"/> 574 <input type="checkbox"/> 575 <input type="checkbox"/> 576 <input type="checkbox"/> 577 <input type="checkbox"/> 578 <input type="checkbox"/> 579 <input type="checkbox"/> 580 <input type="checkbox"/> 581 <input type="checkbox"/> 582 <input type="checkbox"/> 583 <input type="checkbox"/> 584 <input type="checkbox"/> 585 <input type="checkbox"/> 586 <input type="checkbox"/> 587 <input type="checkbox"/> 588 <input type="checkbox"/> 589 <input type="checkbox"/> 590 <input type="checkbox"/> 591 <input type="checkbox"/> 592 <input type="checkbox"/> 593 <input type="checkbox"/> 594 <input type="checkbox"/> 595 <input type="checkbox"/> 596 <input type="checkbox"/> 597 <input type="checkbox"/> 598 <input type="checkbox"/> 599 <input type="checkbox"/> 600 <input type="checkbox"/> 601 <input type="checkbox"/> 602 <input type="checkbox"/> 603 <input type="checkbox"/> 604 <input type="checkbox"/> 605 <input type="checkbox"/> 606 <input type="checkbox"/> 607 <input type="checkbox"/> 608 <input type="checkbox"/> 609 <input type="checkbox"/> 610 <input type="checkbox"/> 611 <input type="checkbox"/> 612 <input type="checkbox"/> 613 <input type="checkbox"/> 614 <input type="checkbox"/> 615 <input type="checkbox"/> 616 <input type="checkbox"/> 617 <input type="checkbox"/> 618 <input type="checkbox"/> 619 <input type="checkbox"/> 620 <input type="checkbox"/> 621 <input type="checkbox"/> 622 <input type="checkbox"/> 623 <input type="checkbox"/> 624 <input type="checkbox"/> 625 <input type="checkbox"/> 626 <input type="checkbox"/> 627 <input type="checkbox"/> 628 <input type="checkbox"/> 629 <input type="checkbox"/> 630 <input type="checkbox"/> 631 <input type="checkbox"/> 632 <input type="checkbox"/> 633 <input type="checkbox"/> 634 <input type="checkbox"/> 635 <input type="checkbox"/> 636 <input type="checkbox"/> 637 <input type="checkbox"/> 638 <input type="checkbox"/> 639 <input type="checkbox"/> 640 <input type="checkbox"/> 641 <input type="checkbox"/> 642 <input type="checkbox"/> 643 <input type="checkbox"/> 644 <input type="checkbox"/> 645 <input type="checkbox"/> 646 <input type="checkbox"/> 647 <input type="checkbox"/> 648 <input type="checkbox"/> 649 <input type="checkbox"/> 650 <input type="checkbox"/> 651 <input type="checkbox"/> 652 <input type="checkbox"/> 653 <input type="checkbox"/> 654 <input type="checkbox"/> 655 <input type="checkbox"/> 656 <input type="checkbox"/> 657 <input type="checkbox"/> 658 <input type="checkbox"/> 659 <input type="checkbox"/> 660 <input type="checkbox"/> 661 <input type="checkbox"/> 662 <input type="checkbox"/> 663 <input type="checkbox"/> 664 <input type="checkbox"/> 665 <input type="checkbox"/> 666 <input type="checkbox"/> 667 <input type="checkbox"/> 668 <input type="checkbox"/> 669 <input type="checkbox"/> 670 <input type="checkbox"/> 671 <input type="checkbox"/> 672 <input type="checkbox"/> 673 <input type="checkbox"/> 674 <input type="checkbox"/> 675 <input type="checkbox"/> 676 <input type="checkbox"/> 677 <input type="checkbox"/> 678 <input type="checkbox"/> 679 <input type="checkbox"/> 680 <input type="checkbox"/> 681 <input type="checkbox"/> 682 <input type="checkbox"/> 683 <input type="checkbox"/> 684 <input type="checkbox"/> 685 <input type="checkbox"/> 686 <input type="checkbox"/> 687 <input type="checkbox"/>

■埼玉県脳卒中地域連携バス[脳出血版]ver2.9

診断名	<input type="checkbox"/> 口外出血 <input type="checkbox"/> 口くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 手術(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし)		(発症日:令和 年 月 日) (手術日:令和 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	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	mRS O I II III IV V
診断の確定				
目標 最終結果	治癒方針の決定 急性増悪がない	早期リハビリの開始 再発予防	症状の増悪がない	
			内科一般状態の安定	
			自宅生活可能な状態で改善・回復	
			リハビリ・介護サービスに組み合わせて自宅生活が可能	
			リハビリ・介護サービスに組み合わせても自宅生活が困難	
継続した医療行為が必要				
治療 薬剤	常用薬の確認			コメント
検査	CT・MRI・MRA リハビリ計画	血液検査・CT リハビリ開始	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等 日常生活活動拡大に向けたリハビリ	
清潔	清拭・シャワー	清拭・シャワー	日常生活活動拡大に向けたリハビリ	
排泄	床上またはトイレ排便	床上またはトイレ排便	排泄訓練	
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事指導(飲食・嚥下訓練)	【脳卒中基準】 ・危機脱出 ・全身状態の安定	
説明・指導	説明・治療方針説明 説明・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	

計画管理会議での所属医

かかりつけ医	□無 □有()
既往	
抗栓栓薬服用	□無 □有 ()
SSN利用	□無 □有
施設入所	□無 □有
介護保険	□無 □有 介護度:
脳卒中の	□高血圧 □心房細動 □心疾患 □高脂血症 危険因子
その他	
意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する
上肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度
下肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度
その他	
意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する
認知機能(両手)	□無 □有 □不明
高次脳機能障害	□無 □有 □不明
言語機能障害	□無 □有 □失語 □構音障害
運動運動の問題	□無 □有()
嚥下障害	□無 □有
その他	
上肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度
下肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度
感覚障害、異常感覚の訴え	□無 □有()
失禁、膀胱外路症状、立位バランス障害	□無 □有()

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()				
経過	入院・入所時	～退院・退所時()	転帰	
日付	令和 年 月 日	令和 年 月 日	mRS O I II III IV V	
目標 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		
	自宅生活可能とする状態まで改善・回復	□ 口 自宅退院		
	リハビリ・介護サービスに組み合わせて自宅生活が可能	□ 回復期 リハビリ病棟・リハビリ病棟		
	リハビリ・介護サービスに組み合わせても自宅生活が困難	□ 老人保健施設		
	継続した医療行為が必要	□ 病棟型病院		
治療 薬剤		コメント		コメント
検査	CT・MRI・MRA リハビリ計画	血液検査・CT リハビリ開始	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等 日常生活活動拡大に向けたリハビリ	
清潔	清拭・シャワー	清拭・シャワー	日常生活活動拡大に向けたリハビリ	
排泄	床上またはトイレ排便	床上またはトイレ排便	排泄訓練	
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事指導(飲食・嚥下訓練)	【退院時基準】 ・危機脱出 ・全身状態の安定	
説明・指導	説明・治療方針説明 説明・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	
計画管理会議での所属医		計画管理会議での所属医	計画管理会議での所属医	
かかりつけ医	□無 □有()	かかりつけ医	□無 □有()	
既往		既往	ADL BI /100あるいはFIM /126	
抗栓栓薬服用	□無 □有 ()	抗栓栓薬服用	□なし □あり	
SSN利用	□無 □有	SSN利用	□どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	
施設入所	□無 □有	施設入所	□できる □つかまれば可能	
介護保険	□無 □有 介護度:	介護保険	□できない	
脳卒中の	□高血圧 □心房細動 □心疾患 □高脂血症 危険因子	脳卒中の	□できる	
その他		その他	□つかまれば可能	
意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する	意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する	
上肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	上肢麻痺	□右立 □一部介助 □全介助 ()	
下肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	下肢麻痺	□右立 □一部介助 □全介助 ()	
その他		その他	□右立 □一部介助 □全介助 ()	
不規・不規・危険行為/問題行動	□無 □有()	不規・不規・危険行為/問題行動	□無 □有()	
日常生活機能評価(19点)		日常生活機能評価(19点)	点	点
食物形態	□液体 □糊状下調整食(具体名)	食物形態	□液体 □糊状下調整食(具体名)	
摂油動作	□自立 □扶持 □要介助	摂油動作	□できる □一部介助 □できない	
液体器皿等	□ドクーラ・カナル □オナシ □尿管導	液体器皿等	□できる □扶持 □扶助 □できない	
摂油運動の問題	□口済み食器 □オナシ □洋式トイレ	摂油運動の問題	□差込食器 □オナシ □トイレ □洋式トイレ	
嚥下障害	□無 □有	嚥下障害	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
その他		その他	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
上肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	上肢麻痺	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
下肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	下肢麻痺	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
感覚障害、異常感覚の訴え	□無 □有()	感覚障害、異常感覚の訴え	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
失禁、膀胱外路症状、立位バランス障害	□無 □有()	失禁、膀胱外路症状、立位バランス障害	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
計画管理会議での所属医		計画管理会議での所属医	計画管理会議での所属医	
既往		既往	ADL BI /100あるいはFIM /126	
抗栓栓薬服用	□無 □有 ()	抗栓栓薬服用	□なし □あり	
SSN利用	□無 □有	SSN利用	□どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	
施設入所	□無 □有	施設入所	□できる □つかまれば可能	
介護保険	□無 □有 介護度:	介護保険	□できない	
脳卒中の	□高血圧 □心房細動 □心疾患 □高脂血症 危険因子	脳卒中の	□できる □つかまれば可能	
その他		その他	□つかまれば可能	
意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する	意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する	
認知機能(両手)	□無 □有 □不明	認知機能(両手)	□無 □有 □不明	
高次脳機能障害	□無 □有 □不明	高次脳機能障害	□無 □有 □不明	
言語機能障害	□無 □有 □失語 □構音障害	言語機能障害	□無 □有 □失語 □構音障害	
運動運動の問題	□無 □有()	運動運動の問題	□無 □有()	
嚥下障害	□無 □有	嚥下障害	□無 □有	
その他		その他	□無 □有	
上肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	上肢麻痺	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
下肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	下肢麻痺	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
感覚障害、異常感覚の訴え	□無 □有()	感覚障害、異常感覚の訴え	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
失禁、膀胱外路症状、立位バランス障害	□無 □有()	失禁、膀胱外路症状、立位バランス障害	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
計画管理会議での所属医		計画管理会議での所属医	計画管理会議での所属医	
既往		既往	ADL BI /100あるいはFIM /126	
抗栓栓薬服用	□無 □有 ()	抗栓栓薬服用	□なし □あり	
SSN利用	□無 □有	SSN利用	□どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	
施設入所	□無 □有	施設入所	□できる □つかまれば可能	
介護保険	□無 □有 介護度:	介護保険	□できない	
脳卒中の	□高血圧 □心房細動 □心疾患 □高脂血症 危険因子	脳卒中の	□できる □つかまれば可能	
その他		その他	□つかまれば可能	
意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する	意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する	
認知機能(両手)	□無 □有 □不明	認知機能(両手)	□無 □有 □不明	
高次脳機能障害	□無 □有 □不明	高次脳機能障害	□無 □有 □不明	
言語機能障害	□無 □有 □失語 □構音障害	言語機能障害	□無 □有 □失語 □構音障害	
運動運動の問題	□無 □有()	運動運動の問題	□無 □有()	
嚥下障害	□無 □有	嚥下障害	□無 □有	
その他		その他	□無 □有	
上肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	上肢麻痺	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
下肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	下肢麻痺	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
感覚障害、異常感覚の訴え	□無 □有()	感覚障害、異常感覚の訴え	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
失禁、膀胱外路症状、立位バランス障害	□無 □有()	失禁、膀胱外路症状、立位バランス障害	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
計画管理会議での所属医		計画管理会議での所属医	計画管理会議での所属医	
既往		既往	ADL BI /100あるいはFIM /126	
抗栓栓薬服用	□無 □有 ()	抗栓栓薬服用	□なし □あり	
SSN利用	□無 □有	SSN利用	□どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	
施設入所	□無 □有	施設入所	□できる □つかまれば可能	
介護保険	□無 □有 介護度:	介護保険	□できない	
脳卒中の	□高血圧 □心房細動 □心疾患 □高脂血症 危険因子	脳卒中の	□できる □つかまれば可能	
その他		その他	□つかまれば可能	
意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する	意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する	
認知機能(両手)	□無 □有 □不明	認知機能(両手)	□無 □有 □不明	
高次脳機能障害	□無 □有 □不明	高次脳機能障害	□無 □有 □不明	
言語機能障害	□無 □有 □失語 □構音障害	言語機能障害	□無 □有 □失語 □構音障害	
運動運動の問題	□無 □有()	運動運動の問題	□無 □有()	
嚥下障害	□無 □有	嚥下障害	□無 □有	
その他		その他	□無 □有	
上肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	上肢麻痺	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
下肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	下肢麻痺	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
感覚障害、異常感覚の訴え	□無 □有()	感覚障害、異常感覚の訴え	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
失禁、膀胱外路症状、立位バランス障害	□無 □有()	失禁、膀胱外路症状、立位バランス障害	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
計画管理会議での所属医		計画管理会議での所属医	計画管理会議での所属医	
既往		既往	ADL BI /100あるいはFIM /126	
抗栓栓薬服用	□無 □有 ()	抗栓栓薬服用	□なし □あり	
SSN利用	□無 □有	SSN利用	□どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	
施設入所	□無 □有	施設入所	□できる □つかまれば可能	
介護保険	□無 □有 介護度:	介護保険	□できない	
脳卒中の	□高血圧 □心房細動 □心疾患 □高脂血症 危険因子	脳卒中の	□できる □つかまれば可能	
その他		その他	□つかまれば可能	
意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する	意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する	
認知機能(両手)	□無 □有 □不明	認知機能(両手)	□無 □有 □不明	
高次脳機能障害	□無 □有 □不明	高次脳機能障害	□無 □有 □不明	
言語機能障害	□無 □有 □失語 □構音障害	言語機能障害	□無 □有 □失語 □構音障害	
運動運動の問題	□無 □有()	運動運動の問題	□無 □有()	
嚥下障害	□無 □有	嚥下障害	□無 □有	
その他		その他	□無 □有	
上肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	上肢麻痺	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
下肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	下肢麻痺	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
感覚障害、異常感覚の訴え	□無 □有()	感覚障害、異常感覚の訴え	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
失禁、膀胱外路症状、立位バランス障害	□無 □有()	失禁、膀胱外路症状、立位バランス障害	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
計画管理会議での所属医		計画管理会議での所属医	計画管理会議での所属医	
既往		既往	ADL BI /100あるいはFIM /126	
抗栓栓薬服用	□無 □有 ()	抗栓栓薬服用	□なし □あり	
SSN利用	□無 □有	SSN利用	□どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	
施設入所	□無 □有	施設入所	□できる □つかまれば可能	
介護保険	□無 □有 介護度:	介護保険	□できない	
脳卒中の	□高血圧 □心房細動 □心疾患 □高脂血症 危険因子	脳卒中の	□できる □つかまれば可能	
その他		その他	□つかまれば可能	
意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する	意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する	
認知機能(両手)	□無 □有 □不明	認知機能(両手)	□無 □有 □不明	
高次脳機能障害	□無 □有 □不明	高次脳機能障害	□無 □有 □不明	
言語機能障害	□無 □有 □失語 □構音障害	言語機能障害	□無 □有 □失語 □構音障害	
運動運動の問題	□無 □有()	運動運動の問題	□無 □有()	
嚥下障害	□無 □有	嚥下障害	□無 □有	
その他		その他	□無 □有	
上肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	上肢麻痺	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
下肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	下肢麻痺	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
感覚障害、異常感覚の訴え	□無 □有()	感覚障害、異常感覚の訴え	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
失禁、膀胱外路症状、立位バランス障害	□無 □有()	失禁、膀胱外路症状、立位バランス障害	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
計画管理会議での所属医		計画管理会議での所属医	計画管理会議での所属医	
既往		既往	ADL BI /100あるいはFIM /126	
抗栓栓薬服用	□無 □有 ()	抗栓栓薬服用	□なし □あり	
SSN利用	□無 □有	SSN利用	□どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	
施設入所	□無 □有	施設入所	□できる □つかまれば可能	
介護保険	□無 □有 介護度:	介護保険	□できない	
脳卒中の	□高血圧 □心房細動 □心疾患 □高脂血症 危険因子	脳卒中の	□できる □つかまれば可能	
その他		その他	□つかまれば可能	
意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する	意識レベル JCS	※ 意識清明は○と記載する	
認知機能(両手)	□無 □有 □不明	認知機能(両手)	□無 □有 □不明	
高次脳機能障害	□無 □有 □不明	高次脳機能障害	□無 □有 □不明	
言語機能障害	□無 □有 □失語 □構音障害	言語機能障害	□無 □有 □失語 □構音障害	
運動運動の問題	□無 □有()	運動運動の問題	□無 □有()	
嚥下障害	□無 □有	嚥下障害	□無 □有	
その他		その他	□無 □有	
上肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	上肢麻痺	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
下肢麻痺	□右 □左 □軽度 □中等度 □重度	下肢麻痺	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
感覚障害、異常感覚の訴え	□無 □有()	感覚障害、異常感覚の訴え	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
失禁、膀胱外路症状、立位バランス障害	□無 □有()	失禁、膀胱外路症状、立位バランス障害	□自立 □扶持 □扶助 □洋式トイレ	
計画管理会議での所属医		計画管理会議での所属医	計画管理会議での所属医	
既往		既往	ADL BI /100あるいはFIM /126	
抗栓栓薬服用				