

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳梗塞版]ver2.5

氏名

診断名	脳梗塞(□ラクナ梗塞 □アテローム血栓性脳梗塞 □脳塞栓)(発症日:平成 年 月 日)
	手術(□無 □有[])(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	()週目～	退院時(週)	転 帰	
日 付	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	mRS	Ⅰ 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	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	リハビリの進行 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	
				リハビリによって能力向上 が期待でき、自宅復帰へ 向けたリハビリ・家庭復帰 への意欲がある。	⇒ □ 回復期 リハビリ病院 リハビリ病棟	
				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	点滴(□オサ [®] グレル □アルカトロバン □エタ [®] ラホン □グリセオール □t-PA) 内服薬(□シロスタ [®] ール □アスピリン □ワルファリンカリウム □クロピド [®] グレル □プラザ [®] キサ) □他())	内服薬(□シロスタ [®] ール □アスピリン □ワルファリンカリウム □クロピド [®] グレル □プラザ [®] キサ) □他())	内服薬(□シロスタ [®] ール □アスピリン □ワルファリンカリウム □クロピド [®] グレル □プラザ [®] キサ) □他())	コメント <	

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0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0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()
	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
基本動作	座位耐性	□十分 □低下 □非実施
	車椅子移乗	□自立 □監視 □要介助 □非実施
	歩行	□自立 □監視 □要介助 □非実施
栄養摂取	方法	□経口 □経管(経鼻・胃瘻・IVH)
	経口摂取動作	□自立 □監視 □要介助 □非実施
	嚥下障害	□無 □有
	食事形態	□常食 □刻み □ペースト □()
	制限食の有無	□無 □有()
排 泄	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 □要介助

入 浴	□自立() □要介助 □非実施
口頭指示入力	□良好 □不確実 □不可
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

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 ()
----	-----	----	---	----	----------

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
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			
	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		介護サービス開始 平成 年 月 日	
			⇒ □ 自宅退院		自宅生活の継続 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(□シロスタグゼール □アスピリン □ワルファリンカリウム □クロピドグレル □プラザキサ) □他())		内服薬(□シロスタグゼール □アスピリン □ワルファリンカリウム □クロピドグレル □プラザキサ) □他())		コメント	
検査	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等				内服薬(□シロスタグゼール □アスピリン □ワルファリンカリウム □クロピドグレル □プラザキサ) □他())	
リハビリ	日常生活活動拡大に向けたリハビリ				必要に応じて諸検査	
清潔	シャワー・入浴介助、入浴訓練		シャワー・入浴の自立		維持的リハビリ	
排泄	床上またはトイレ誘導、排泄訓練		排泄の自立		コメント	
食事	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)				【退院時基準】 ・在宅復帰 ・入所等の準備終了 ・障害改善の安定	
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
基本動作	座位耐性	□十分 □低下 □不可
	W/C移乗	□自立 □監視 □部分介助 □不可
	歩行	□自立 □監視 □部分介助 □不可
栄養摂取	方法	□経口 □経管(経鼻・胃瘻・IVH)
	経口摂取	□自立 □監視 □要介助 □不可
	嚥下障害	□無 □有
	食事形態	□常食 □刻み □ペースト □()
	制限食	□無 □有()
排 泄	尿失禁	□無 □有
	便失禁	□無 □有
	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
	動作	□自立 □監視 □部分介助 □全介助
入浴	□自立() □監視 □部分介助 □全介助	□自立() □監視 □部分介助 □全介助
口頭指示入力	□良好 □不確実 □不可	□良好 □不確実 □不可
不隠・不眠・問題行動等	□無 □有()	□無 □有()
日常生活機能評価	点	点

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

【一般状態】 □良好 □管理下において良好 □不良	
【日常生活の自立度】 □自立 □監視 □要介助 □全介助	
【姿勢保持能力】 □端坐位可 □車椅子レベル □臥床	
【主な移動手段】 □屋外自立 □屋内自立 □部分介助 □他動車椅子 □ストレッチャー	
【その他】 □認知症(軽・中・重) □問題行動()	
日常生活機能評価	点
特記事項	説明医師
	説明日 年 月 日
	患者/家族サイン

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳出血版] ver2.5

氏名	
----	--

診断名	□脳出血 □くも膜下出血	(発症日:平成 年 月 日)
	手術(□無 □有[])(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	()週目～	退院時(週)	転 帰		
日 付	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	mRS	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	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	リハビリの進行 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
				リハビリによって能力向上 が期待でき、自宅復帰へ 向けたリハビリ・家庭復帰 への意欲がある。			⇒ □ 回復期 リハビリ病院 リハビリ病棟
				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 □高血圧 □不整脈 □心疾患 □高脂血症 危険因子 □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0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0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()
	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	
基本動作	座位耐性	□十分 □低下 □非実施	
	車椅子移乗	□自立 □監視 □要介助 □非実施	
	歩行	□自立 □監視 □要介助 □非実施	
栄養摂取	方法	□経口 □経管(経鼻・胃瘻・IVH)	
	経口摂取動作	□自立 □監視 □要介助 □非実施	
	嚥下障害	□無 □有	
	食事形態	□常食 □刻み □ペースト □()	
	制限食の有無	□無 □有()	
排 泄	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 □ホータブルトイレ □病棟トイレ	
	排泄動作	□自立 □監視 □要介助	
入 浴		□自立() □要介助 □非実施	
口頭指示入力		□良好 □不確実 □不可	
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	
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
----	-----	----	---	----	------

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	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		
		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			コメント			
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				維持的リハビリ	
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	初回受診時	
ADL	BI /100 あるいは FIM /126	BI /100 あるいは FIM /126		
基本動作	座位耐性	□十分 □低下 □不可	【一般状態】 □良好 □管理下において良好 □不良	
	W/C移乗	□自立 □監視 □部分介助 □不可	□良好 □管理下において良好 □不良	
	歩行	□自立 □監視 □部分介助 □不可	【日常生活の自立度】 □自立 □監視 □要介助 □全介助	
栄養摂取	方法	□経口 □経管(経鼻・胃瘻・IVH)	【姿勢保持能力】 □端坐位可 □車椅子レベル □臥床	
	経口摂取	□自立 □監視 □要介助 □不可	□自立 □監視 □要介助 □全介助	
	嚥下障害	□無 □有	【姿勢保持能力】 □端坐位可 □車椅子レベル □臥床	
	食事形態	□常食 □刻み □ペースト □()	□端坐位可 □車椅子レベル □臥床	
	制限食	□無 □有()	□端坐位可 □車椅子レベル □臥床	
排 泄	尿失禁	□無 □有	【主な移動手段】 □屋外自立 □屋内自立 □部分介助 □他動車椅子 □ストレッチャー	
	便失禁	□無 □有	□屋外自立 □屋内自立 □部分介助 □他動車椅子 □ストレッチャー	
	器具等	□バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ホータブルトイレ □病棟トイレ	□屋外自立 □屋内自立 □部分介助 □他動車椅子 □ストレッチャー	
	動作	□自立 □監視 □部分介助 □全介助	【その他】 □認知症(軽・中・重) □問題行動()	
入浴	□自立() □監視 □部分介助 □全介助	□自立() □監視 □部分介助 □全介助	□認知症(軽・中・重) □問題行動()	
口頭指示入力	□良好 □不確実 □不可	□良好 □不確実 □不可	□認知症(軽・中・重) □問題行動()	
不隠・不眠・問題行動等	□無 □有()	□無 □有()	□認知症(軽・中・重) □問題行動()	
日常生活機能評価	点	点	日常生活機能評価 点	
特記すべき事項		説明医師	特記事項	
		説明日	説明医師	
		年 月 日	説明日	
		患者/家族サイン	説明日	
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	説明日	
認知症高齢者の日常生活自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			説明日	