

■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(口ラクナ梗塞 □アテローム血栓性脳梗塞 □脳塞栓)(発症日:平成 年 月 日) 手術(口無 □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 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	症状の増悪がない 早期リハビリの開始 再発予防	内科一般状態の安定 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 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。 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 継続した医療行為が 必要	⇒ □ 自宅退院 ⇒ □ 回復期 リハビリ病院 リハビリ病棟 ⇒ □ 介護施設 ⇒ □ 療養型病院
治療 / 薬剤	常用薬の確認	点滴(□オザグレル □アルガトロン □エダラボン □ゲリセオール □t-PA) 内服薬(□シロスタゾール □アスピリン □ワルファリンカリウム □クロビトグレル □プラザキサ) □他()	内服薬(□シロスタゾール □アスピリン □ワルファリンカリウム □クロビトグレル □プラザキサ) □他()	内服薬(□シロスタゾール □アスピリン □ワルファリンカリウム □クロビトグレル □プラザキサ) □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	【転院・退院時基準】 ・危機脱出 ・全身状態の安定
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		

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	□十分 □低下 □非実施 □自立 □監視 □要介助 □非実施 □自立 □監視 □要介助 □非実施	
栄養摂取	□経口 □経管(経鼻・胃瘻・IVH) □自立 □監視 □要介助 □非実施 □無 □有 □常食 □刻み □ペースト □() □無 □有()	
排泄	尿失禁 便失禁 排泄器具等 排泄動作	□無 □有 □無 □有 □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 □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
不隱・不眠・危険行為・問題行動	□無 □有()	
日常生活機能評価(/19点)	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	性別	電話番号 ()
日付	平成 年 月 日	平成 年 月 日	mRS O I II III IV V	日付	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	⇒ □ 自宅退院	目標 と 最終結果	介護サービス開始 平成 年 月 日
					自宅生活の継続 再発予防 機能維持
					施設内生活の継続 再発予防 機能維持
					再発予防・機能維持
					内服薬(□シロスタゾール □アスピリン □ワルファリンカリウム □クロビトグレル □プラザキサ) □他()
					必要に応じて諸検査
					維持的リハビリ
					コメント
					【退院時基準】 ・在宅復帰 ・入所等の準備終了 ・障害改善の安定
					3段階目の保険医療機関での機能状態
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	【一般状態】	□良好 □管理下において良好 □不良	
ADL	BI /100 あるいは FIM /126	BI /100 あるいは FIM /126	【日常生活の自立度】	□自立 □監視 □要介助 □全介助	
基本動作	□十分 □低下 □不可 □自立 □監視 □部分介助 □不可 □自立 □監視 □部分介助 □不可	□十分 □低下 □不可 □自立 □監視 □部分介助 □不可 □自立 □監視 □部分介助 □不可	【姿勢保持能力】	□端坐位可 □車椅子レベル □臥床	
栄養摂取	□経口 □経管(経鼻・胃瘻・IVH) □自立 □監視 □要介助 □不可 □無 □有 □常食 □刻み □ペースト □() □無 □有()	□経口 □経管(経鼻・胃瘻・IVH) □自立 □監視 □要介助 □不可 □無 □有 □常食 □刻み □ペースト □() □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	
排泄	尿失禁 便失禁 排泄器具等 排泄動作	□無 □有 □無 □有 □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 □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	日常生活機能評価	点	日常生活機能評価
口頭指示入力	□良好	□不確実 □不可	特記すべき事項	説明医師	特記事項
不隱・不眠・問題行動等	□無 □有()	□無 □有()		説明日 年 月 日	説明日 年 月 日
日常生活機能評価	点	点			
障害高齢者の日常生活自立度:自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2					
認知症高齢者の日常生活自立度:自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M					
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

診断名	口脳出血 <input type="checkbox"/> 膜下出血 (発症日:平成 年 月 日) 手術(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 〇 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	自宅生活可能とする 状態まで改善・回復 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。 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 継続した医療行為が 必要	⇒ 口 自宅退院	
	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	⇒ 口 回復期 リハビリ病院 リハビリ病棟			
				⇒ 口 介護施設			
				⇒ 口 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	【転院・退院時基準】 ・危機脱出 ・全身状態の安定			
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				
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							
脳卒中の <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 危険因子 <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	※ 意識清明は〇と記載する					
	上肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度					
	下肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度					
	言語機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害					
	その他						
退院時 所見	意識レベル JCS	※ 意識清明は〇と記載する					
	認知症(痴呆)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明					
	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明					
	言語機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害					
	視力、視野、 眼球運動の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()					
退院時 所見	上肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度					
	下肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度					
	感覚障害、 異常感覚等の訴え	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()					
	失調、錐体外路症状、 立位バランス障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()					
計画管理病院退院・転院時の機能状態							
口気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引(頻度 /day) <input type="checkbox"/> 褥創(部位)							
ADL BI /100 あるいは FIM /126							
基本動作	座位耐性	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 非実施					
	車椅子移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施					
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施					
	栄養摂取	方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(経鼻・胃瘻・IVH)				
		経口摂取動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施				
嚥下障害		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
食事形態		<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ()					
制限食の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()					
排泄	尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	排泄器具等	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 病棟トイレ					
	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立() <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施					
口頭指示入力 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不確実 <input type="checkbox"/> 不可							
不適・不眠・危険行為・問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()							
日常生活機能評価(/19点) 点							
家族に対する機能予後説明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 説明医師							
説明日 年 月 日							
家族、介護等の問題							
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	外来診療開始 平成 年 月 日	
日付	平成 年 月 日		平成 年 月 日	mRS 〇 I II III IV V	介護サービス開始 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 二次的合併症の予防 ケアプランの作成・社会資源の手配	日常生活能力の獲得			自宅生活の継続 再発予防 機能維持	
		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			⇒ 口 自宅退院	
		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			⇒ 口 介護施設	
		継続した医療行為が必要			⇒ 口 療養型病院	
		コメント				
治療 /薬剤					必要に応じて諸検査	
検査	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等				維持的リハビリ	
リハビリ	日常生活活動拡大に向けたリハビリ				コメント	
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	【退院時基準】 ・在宅復帰 ・入所等の準備終了	【主な移動手段】 ・屋外自立 ・屋内自立 ・部分介助 ・他動車椅子	
食事	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)				【その他】 ・認知症(軽・中・重) ・問題行動()	
説明・指導	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明				日常生活機能評価 点	
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 BI /100 あるいは FIM /126 退院時 BI /100 あるいは FIM /126					初回受診時	
ADL BI /100 あるいは FIM /126					【一般状態】 ・良好 <input type="checkbox"/> 管理下において良好 <input type="checkbox"/> 不良	
基本動作	座位耐性	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 不可			【日常生活の自立度】 ・自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	車椅子移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可			【姿勢保持能力】 ・端坐位可 <input type="checkbox"/> 車椅子レベル <input type="checkbox"/> 臥床	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可			【主な移動手段】 ・屋外自立 <input type="checkbox"/> 屋内自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 ・他動車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
	栄養摂取	方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(経鼻・胃瘻・IVH)			【その他】 ・認知症(軽・中・重) ・問題行動()
		経口摂取動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施			日常生活機能評価 点
嚥下障害		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			特記事項	
食事形態		<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ()			説明医師	
制限食		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			説明日 年 月 日	
排泄	尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			障害高齢者の日常生活自立度 : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
	便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
	器具等	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 病棟トイレ			患者/家族サイン	
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立() <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
口頭指示入力 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不確実 <input type="checkbox"/> 不可						
不適・不眠・危険行為・問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()						
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						