

令和7年度 埼玉県医師会脳卒中地域連携研究会情報交換会

日時：令和7年11月6日（木）17：30～18：45
場所：Zoomウェビナー

司会 埼玉県医師会脳卒中地域連携検討委員会委員長 丸木 親

開 会

挨 拶

情報交換

『脳卒中地域連携パス ver3.2（電子化）について』

講 演 （1時間）

『埼玉県東部地区の脳卒中治療の現状と

獨協医科大学埼玉医療センターの後方連携について』

獨協医科大学埼玉医療センター脳神経内科 准教授 赤岩 靖久 先生

閉 会

■埼玉県脳卒中地域連携パス [脳出血版] ver3.2

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳出血版]ver3.2

| | | | |
|----|--|------|--|
| 氏名 | | フリガナ | |
|----|--|------|--|

| | | | |
|-----|---|-----|--|
| 診断名 | <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 手術: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 内容: | 発症日: <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> 手術日: <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> |
|-----|---|-----|--|

※ mRS:modified Rankin Scale

| 急性期病院名 | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---------------|---|---|---|------|
| 経過 | 入院時 | | リハ開始時 | 退院時(週) | 転帰 | |
| 日付 | <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> | | <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> | <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> <input type="button" value="選択"/> | mRS <input type="button" value="選択"/> | |
| 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 | <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 | |
| | | | | 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"/> 老人保健施設 | |
| | | | | 継続した医療行為が必要 | <input type="checkbox"/> 介護施設 | |
| <input type="checkbox"/> 治療 薬剤 | 常用薬の確認 | | | コメント | 【転院・退院時基準】 ・危機脱出 ・全身状態の安定 | |
| 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 | | |

急性期病院での所見等

| | | | |
|---|--|------|--|
| かかりつけ医: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 氏名 | | |
| 既往症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 病名: | |
| 抗血栓薬投与 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 薬剤名: | |
| 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: | |
| 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 | | |

| | | | | |
|-----------|---|--|--|--|
| 意識レベル JCS | ※意識清明は0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 | | | |
| その他 | | | | |

| | | | | |
|-------------------|---|--|--|--|
| 意識レベル JCS | ※意識清明は0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 () | | | |
| 嚥下障害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | |
| 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、雑体外路症状、立位ハラス障害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | |

急性期病院退院・転院時の機能状態

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引(頻度 /day) <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> 部位 | | | | |
| ADL | BI /100 あるいは FIM /126 | | | |
| 床上安静の指示 | <input type="checkbox"/> なし | <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"/> つかまれば可能 | <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"/> 支持があれば可能 | <input type="checkbox"/> できない | | |
| 移乗 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 | <input type="checkbox"/> できない | | |
| 移動 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 要介助 | | |
| 口腔清潔 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | | |
| 食事の摂取 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 () | | |
| 衣服の着脱 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> できない | | |
| 他者への意思の伝達 | <input type="checkbox"/> できる <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"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | | |
| 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 |
| 食事形態 | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嘔下調整食(具体名) | | | |
| 排泄動作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 | | | |
| 排泄器具等 | <input type="checkbox"/> バレンカーテル <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"/> 洋式トイレ | | | |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立() | <input type="checkbox"/> 要介助 | <input type="checkbox"/> 非実施 | |
| 家族に対する機能予後説明 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 説明医師 | | |
| 家族、介護等の問題 | | | | |
| 説明日 | <input type="button" value="選択"/> | <input type="button" value="選択"/> | <input type="button" value="選択"/> | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|----------------------------------|---|--|-----------------------------------|--------|------|-----|--|
| 性別 | 選択 | ▼ | 年齢 | 選択 | ▼ | 住所 | | 電話番号 | () | |
| 誕生日 | 選択 | ▼ | 選択 | ▼ | 選択 | ▼ | キーパーソン | | | |
| 回復期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 | 選択 | ▼ | 選択 | ▼ | 選択 | ▼ | mRS | 選択 | ▼ | |
| 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 | | ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅退院 | | | | |
| | | | | 自宅復帰の見込みがある | | ⇒ <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 | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 初期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 | | | | | | |
| 安静の指示 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | | | | | |
| らかの手を胸元まで上げられる | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | | | | | |
| 上り | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> つかまれば可能 | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> つかまれば可能 | <input type="checkbox"/> できない | | | | |
| 上がり | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | | | | | |
| 保持 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 | <input type="checkbox"/> できない | | | | |
| ま | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 | <input type="checkbox"/> できない | | | | |
| 口 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 要介助 | | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 要介助 | | | | | |
| 清潔 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | | | | | |
| の摂取 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 () | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 () | | | | |
| の着脱 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> できない | | | | |
| への意思の伝達 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある | <input type="checkbox"/> できない | | | | |
| 療養上の指示が通じる | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | | | | | |
| ・不眠・問題行動等 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 () | | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 () | | | | | |
| 生活機能評価 | 点 | | | 点 | | | | | | |
| 形態 | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (具体名) | | | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (具体名) | | | | | | |
| 動作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 | | | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 | | | | | | |
| 器具等 | <input type="checkbox"/> バレーンカテーテル <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"/> 洋式トイレ | | | <input type="checkbox"/> バレーンカテーテル <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"/> 洋式トイレ | | | | | | |
| 浴 | <input type="checkbox"/> 自立) <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施 | | | <input type="checkbox"/> 自立) <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施 | | | | | | |
| すべき事項 | | | | 説明医師 | | | | | | |
| 高齢者の日常生活自立度 : | <input type="checkbox"/> 選択 | | | 説明日 | | | | | | |
| 症高齢者の日常生活自立度 : | <input type="checkbox"/> 選択 | | | <input type="checkbox"/> 選択 <input type="checkbox"/> 選択 <input type="checkbox"/> 選択 | | | | | | |
| 生活期の保険医療機関等の名称 | | | | | | | | | | |
| 外来診療開始 <input type="checkbox"/> 選択 <input type="checkbox"/> 選択 <input type="checkbox"/> 選択 | | | | | | | | | | |
| 介護サービス開始 <input type="checkbox"/> 選択 <input type="checkbox"/> 選択 <input type="checkbox"/> 選択 | | | | | | | | | | |
| 自宅生活の継続 再発予防 機能維持 | | | | | | | | | | |
| 自宅復帰支援・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 | | | | | | | | | | |
| 必要に応じて諸検査 | | | | | | | | | | |
| 生活期リハビリ | | | | | | | | | | |
| コメント 要介護: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 要支援: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 | | | | | | | | | | |
| ケアマネージャー: | | | | | | | | | | |
| 生活期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 | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> できない | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 監視・一部介助 <input type="checkbox"/> できない | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> できない | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 有 () | | | | | | | | | | |
| 点 | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (具体名) | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> バレーンカテーテル <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"/> 洋式トイレ | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 自立) <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施 | | | | | | | | | | |
| 説明医師 | | | | | | | | | | |
| 説明日 | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 選択 <input type="checkbox"/> 選択 <input type="checkbox"/> 選択 | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | | | | |
| 説明医師 | | | | | | | | | | |
| 説明日 | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 選択 <input type="checkbox"/> 選択 <input type="checkbox"/> 選択 | | | | | | | | | | |

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳梗塞版]ver3.2

| | | | |
|-----|---|------|--|
| 氏名 | | フリガナ | |
| 診断名 | 脳梗塞: 手術: 無 有 内容: 血栓回収 その他 | その他 | 発症日: 選択 選択 選択 手術日: 選択 選択 選択 |

※ mRS:modified Rankin Scale

| 急性期病院名 | | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|---|--|---|---|
| 経過 | 入院時 | リハ開始時 | 退院時(週) | 転帰 | |
| 日付 | [選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼] | [選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼] | [選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼] | mRS | [選択 ▼] |
| 目標 と 最終結果 | 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 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 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 老人保健施設 介護施設 療養型病院] | |
| | | | | 内科一般状態の安定 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 治療 薬剤 | 常用薬の確認 | アスピリン シロスタジール クロピドグレル プラグレル tPA | カルファリン ダビカトラン リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル アピキサバン エトキサバン | コメント |
| | | | | | アスピリン シロスタジール クロピドグレル アピキサバン エトキサバン |
| 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 | 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 | | |

急性期病院での所見等

| | | | |
|---------------|--|---|--|
| かかりつけ医: | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 氏名 | |
| 既往症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 病名: | |
| 抗血栓薬投与 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 薬剤名: | |
| SSN利用 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: | |
| 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 | ※意識清明は0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0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 () | |
| | 嚥下障害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | 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 | |
| | 感觉障害、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 () | |

| 性別 | 選択 | 年齢 | 選択 | 住所 | 電話番号 | () | | | | | |
|---|---|--|---|---|------------------|---|---|---|---|---|------|
| 生年月日 | [選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼] | | | | キーパーソン | | | | | | |
| 回復期の保険医療機関等の名称 | | | | | | 生活期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 [選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼] | | | | | | | |
| 日付 | [選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼] | [選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼] | [選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼] | mRS | [選択 ▼] | 介護サービス開始 [選択 ▼] 選択 ▼] 選択 ▼] | | | | | |
| 目標 と 最終結果 | 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 自宅復帰の見込みがある 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 | 日常生活活動拡大に向けたリハビリ | 自宅生活の継続 再発予防 機能維持 | 自宅復帰支援、再発予防・機能維持 | | | | | | |
| | | | 日常生活能力の獲得 | 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 | 検査 | リハビリ | 清潔 | 排泄 | 食事 | コメント | | | | | |
| | | | | | | アスピリン シロスタジール クロピドグレル アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント |
| | | | | | | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント |
| | | | | | | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント |
| | | | | | | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント |
| アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント | | | | | | |
| アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント | | | | | | |
| アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント | | | | | | |
| アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント | | | | | | |
| アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント | | | | | | |
| アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント | | | | | | |
| アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント | | | | | | |
| アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント | | | | | | |
| アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント | | | | | | |
| アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント | | | | | | |
| アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント | | | | | | |
| アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント | | | | | | |
| アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント | | | | | | |
| アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | コメント | | | | | | |
| アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサバン | アスピリン シロスタジール クロピドグレル リバーオキサバン アピキサバン エトキサ | | | | | | | | | | |

多職種連携情報共有システムの利用申請について

令和 年 月 日

| | | | |
|---------------|------|---|---------|
| 医療機関名 | | | |
| 担当部署 | | | |
| 担当者 | | | |
| 連絡先 | | | |
| 電話 | | | |
| FAX | | | |
| E-mail | | | |
| ホームページ掲載 | 希望する | ・ | 希望しない |
| 連携先医療機関 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| ※可能な限りご入力ください | | | |
| 支払い方法 | 毎月振込 | ・ | 毎月引き落とし |

※連絡先が異なる場合、ご記入ください

| | |
|------|--|
| 担当部署 | |
| 担当者 | |
| 連絡先 | |

提出先：埼玉県医師会 業務Ⅰ担当
ishikawa@office.saitama.med.or.jp

多職種連携情報共有システムの利用申請について

令和 年 月 日

| | | | |
|---------------|------|---|-------|
| 医療機関名 | | | |
| 担当部署 | | | |
| 担当者 | | | |
| 連絡先 | | | |
| 電話 | | | |
| FAX | | | |
| E-mail | | | |
| ホームページ掲載 | 希望する | ・ | 希望しない |
| 連携先医療機関 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| ※可能な限りご入力ください | | | |
| 支払い方法 | | | |

※連絡先が異なる場合、ご記入ください

| | |
|------|--|
| 担当部署 | |
| 担当者 | |
| 連絡先 | |

提出先：埼玉県医師会 業務Ⅰ担当
ishikawa@office.saitama.med.or.jp