

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 1 1 月 6 日（木） 1 7 : 3 0 ~ 1 8 : 4 5
場所：Z o o m 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

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	発症日:	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>
内容:		手術日:	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>

※ 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	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	mRS	<div>選択▼</div>		
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	
					⇒ <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	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				

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				

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	
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 ()	

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	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			
不隠・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"/> 嚥下調整食 (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"/> バレーンカテール <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホーダクトル <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		
家族、介護等の問題			説明医師		
			説明日		
			<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>		

性別	<div>選択▼</div>	年齢	<div>選択▼</div>	住所			電話番号	()
生年月日				<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	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	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>	mRS <div>選択▼</div>
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	【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		

生活期の保険医療機関等の名称

外来診療開始	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>
介護サービス開始	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>
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:	

回復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
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<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 ()	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
不隠・不眠・問題行動等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
日常生活機能評価	点	点
食事形態	<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)
排泄動作	<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
排泄器具等	<input type="checkbox"/> バレーンカテール <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホーダクトル <input type="checkbox"/> 洋式トイレ	<input type="checkbox"/> バレーンカテール <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホーダクトル <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	<input type="checkbox"/> 自立) <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施
特記すべき事項		説明医師
		説明日
障害高齢者の日常生活自立度: <div>選択▼</div>		<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>
認知症高齢者の日常生活自立度: <div>選択▼</div>		

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"/> 無 <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"/> バレーンカテール <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホーダクトル <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	
特記事項	説明医師
	説明日
	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>

■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: <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	発症日:	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>
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()
		手術日:	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>

※ 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	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>		<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>		<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>		mRS	<div>選択▼</div>
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	
							⇒ <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	常用薬の確認	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> シロスタゴール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> プラスグレル <input type="checkbox"/> tPA	<input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> ダビカトラン <input type="checkbox"/> リバロキサバン <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> イトキサバン	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> シロスタゴール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> プラスグレル	<input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> ダビカトラン <input type="checkbox"/> リバロキサバン <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> イトキサバン	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					

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
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	
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、錐体外路症状、立位バランス障害	<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 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
不隠・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"/> 嚥下調整食(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"/> ホーダクトル <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 <div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>

性別	<div>選択▼</div>	年齢	<div>選択▼</div>	住所		電話番号	()
生年月日	<div>選択▼</div>	<div>選択▼</div>	<div>選択▼</div>	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	
日 付	<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>		<div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>		mRS	<div>選択▼</div>
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	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> シロスタゴール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> プラスグレル	<input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> ダビカトラン <input type="checkbox"/> リバロキサバン <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> イトキサバン	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> シロスタゴール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> プラスグレル	<input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> ダビカトラン <input type="checkbox"/> リバロキサバン <input type="checkbox"/> アピキサバン <input type="checkbox"/> イトキサバン	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)		【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					

回復期の保険医療機関での機能状態		
ADL	入院時 BI /100 あるいは FIM /126	退院時 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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<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 ()	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
不隠・不眠・問題行動等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
日常生活機能評価	点	点
食事形態	<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)
排泄動作	<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
排泄器具等	<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"/> ホーダクトル <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"/> ホーダクトル <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	<input type="checkbox"/> 自立) <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施
特記すべき事項	説明医師	
障害高齢者の日常生活自立度:	<div>選択▼</div>	説明日 <div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>
認知症高齢者の日常生活自立度:	<div>選択▼</div>	

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"/> 無 <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"/> ホーダクトル <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	
特記事項	説明医師
	説明日 <div>選択▼</div> <div>選択▼</div> <div>選択▼</div>

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 | 担当
 ishikawa@office.saitama.med.or.jp