脳卒中地域連携診療計画書（医療用2）

回復期→維持期（　　病院→　　）

回復期病院主治医　　科　　医師

ふりがな
患者氏名　　様（ 男性 ・ 女性 ） 生年月日　　年　　月　　日（　　歳）利き手 □右、□左

診断名 □脳梗塞　□脳内出血　□くも膜下出血　□その他（　　）

発症日	年	月	日	入院日	年	月	日
手術日	年	月	日	退院日	年	月	日

治療 □保存的（□t-PA　□その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）　□手術（　　）

病巣部位 □左　□右　□両側　□多発性
□ACA　□MCA　□PCA　□皮質下　□放線冠　□被殻　□視床　□中脳　□橋　□延髄　□小脳　□その他（　　）

障害名 □片麻痺（□右　□左）（□重度　□中等度　□軽度）　□失調　□知覚障害（□表在覚　□深部覚）
□構音障害　□失語症　□高次脳機能障害　□嚥下障害　□膀胱直腸障害　□その他（　　）

合併症 □高血圧　□糖尿病　□高脂血症　□神経因性膀胱　□尿路感染症　□誤嚥性肺炎
□心房細動　□心不全　□狭心症　□陳旧性心筋梗塞　□その他（　　）

感染症 □HBV　□HCV　□梅毒　□MRSA　□疥癬　□その他（部位：　　起因菌：　　）

栄養 □食事制限　　kcal　□経管栄養（□胃瘻　□経鼻胃管）　□中心静脈栄養
□嚥下障害食（□すりとろみ　□七分菜　□粥菜　□キザミ　□一口大　□水分トロミ）□末梢静脈栄養

膀胱カテーテル □常時留置　□間欠導尿　□ナイトバルーン　□不要

呼吸管理 気管切開：□無　□有　酸素投与：□無　□有（　　L/min）　喀痰吸引：□無　□有（　　回/日）

褥瘡 □無　□有（部位：　　深達度：　　度）

危険行動 □無　□有（□徘徊　□不穏　□暴言　□大声　□昼夜逆転）

抑制 □常時必要　□日中必要　□夜間必要　□不要
（抑制種類：□ミトン　□体幹抑制　□車椅子シートベルト　□センサー）

転倒 □たびたびあり　□まれにあり　□なし

バリアンス

評価日（　　年　　月　　日）	
□なし	□正のバリアンス □負のバリアンス（コード　　）
評価日（　　年　　月　　日）	
□なし	□正のバリアンス □負のバリアンス（コード　　）
評価日（　　年　　月　　日）	
□なし	□正のバリアンス □負のバリアンス（コード　　）
評価日（　　年　　月　　日）	
□なし	□正のバリアンス □負のバリアンス（コード　　）

FIM	入院日（　　年　月　日）計　点 退院日（　　年　月　日）計　点	
運動項目		
セルフケア		
食事	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
整容	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
清拭	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
更衣上	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
更衣下	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
トイレ動作	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
排泄コントロール		
排尿	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
排便	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
移乗		
ベッド・車椅子	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
トイレ移乗	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
浴槽移乗	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
移動		
歩行・車椅子	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
階段	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
認知項目		
コミュニケーション		
理解	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
表出	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
社会的認知		
社会的交流	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
問題解決	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1
記憶	7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1

自立	7：完全自立	6：修正自立
部分介助	5：監視	
介助あり	4：最小介助	3：中等度介助
完全介助	2：最大介助	1：全介助

MMSE	点／30点
評価日	年　月　日

社会的背景

患者職業：　　喫煙：□なし　□あり（　　本/日×　　年）
経済状況：□問題なし　□問題あり（　　）
障害の受容：□良い　□まずまず良い　□あまり良くない　□悪い
生活場所：□自宅　□介護保険外施設　□介護保険施設　□その他（　　）
同居家族：　　キーパーソン：
主介護者：　　ケアマネージャー：□なし　□あり（　　）
介護者状況：□問題なし　□高齢　□病弱　□仕事あり　□育児・介護等で多忙
家屋：□戸建　□マンション　□アパート　□公営住宅　□その他（　　）
階数：　　階　（エレベーター：□有　□無）
介護保険：□未申請　□申請中　□申請済み（ 要支援 1　2　要介護 1　2　3　4　5 ）
かかりつけ医：□なし　□あり（　　）

退院・転院基準

□ 目標の日常生活動作能力の獲得が出来た。
□ 目標の日常生活動作能力まで到達していない。
□ 身体・精神機能・日常生活動作能力の変化が乏しい。
□ 在宅環境整備、在宅サービスの調整が終了した。

診療計画

□ 在宅退院 → 外来かかりつけ医（　　）
□ 転院（療養型病院 ・一般病院 ・他 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）
□ 施設入所（老人保健施設・老人ホーム・グループホーム・他 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）
□ その他（　　）

リハビリテーション継続（ □あり　□なし ）

□ 通院リハビリ（PT OT ST）
□ 通所リハビリ　□ 訪問リハビリ
□ 市区町村の福祉センター　□ 自主（家族介助）訓練
□ その他（　　）

福祉サービスの利用予定（ □あり　□なし ）

□ 通所介護（　回/週・月）　□ 通所リハ（　回/週・月）
□ 訪問看護（　回/週・月）　□ 訪問リハ（　回/週・月）
□ 訪問介護（　回/週・月）
□ 福祉用具（ □電動ベッド　□車椅子　□その他 ＿＿＿＿ ）
□ 配食サービス　□ 入浴サービス
□ その他（　　）

備考（既往歴・現病歴・内服薬・その他の情報等）