

脳卒中地域連携パスシート①: **島原 太郎 様** ( **脳梗塞** )

入院日 **28年 4月 1日**

評価日: **28年 4月 3日**

主治医: **M医師**

施設名: **長崎県島原病院**

急性期病院		回復期(病院・施設)			維持期(病院・施設・自宅等)	
治療内容	現在の障害	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月		
入院時の治療内容について以下に記載しています。	現在生じている障害について記載しています。	<input type="checkbox"/> リハ入院不要コース 障害等なくリハの必要ない状態で投薬等の管理をかかりつけ医にてお願いします。 かかりつけ医通院			<input type="checkbox"/> 標準ケアコース(BI 25以上)	
<input type="checkbox"/> 手術 手術名 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 意識の障害 <b>刺激で覚醒する</b>	<input type="checkbox"/> 軽度リハコース (1ヶ月) BI 85-100 FIM 110-126 退院 かかりつけ医通院			<input type="checkbox"/> 重症ケアコース(BI 0-20)	
<input checked="" type="checkbox"/> 保存的治療 (点滴・注射・内服など)	<input type="checkbox"/> 運動障害 <b>右 上下肢</b>	<input type="checkbox"/> 標準リハコース (2ヶ月) BI 55-80 FIM 80-100 退院 かかりつけ医通院			病院・施設サービス <input type="checkbox"/> 医療介護療養 <input type="checkbox"/> 介護老人保健 <input type="checkbox"/> 介護福祉	
急性期	<input checked="" type="checkbox"/> 言葉の障害 <b>不明</b>	<input type="checkbox"/> 重症リハコース (3ヶ月) BI 0-50 FIM 18-79 退院			在宅サービス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護	
(長崎県島原病院)	<input checked="" type="checkbox"/> 食べることの障害 <b>不明</b>	<input type="checkbox"/> リハ適用外コース 重度の合併症や生命の危機等の為積極的なリハが実施困難な状態です。医療の継続や在宅ケア・施設ケアの継続が必要です。			サービス不要 <input checked="" type="checkbox"/> 通院あり <input type="checkbox"/> 通院なし	
	<input type="checkbox"/> 排尿の障害 <b>不明</b>	<input type="checkbox"/> 療養コース (元々、介護サービス等利用していた場合) もともと在宅ケアや施設ケアを受けていた場合等は急性期治療後問題なければ、以前の生活に戻り療養となります。				
	<input type="checkbox"/> 認知の障害 <b>不明</b>					
	<input type="checkbox"/> その他 ( )					

※現在の評価に基づき、今後の経過を予測したものです。確約されたものではありませんのでご了承ください。また、病状等によりその都度変更されます。

上記内容の説明を受け同意しました。

同意者サイン **島原 キク**

平成28年4月28日改定