

脳卒中地域連携パスシート②

氏名

様

病名( )

DB管理No

|             |  | 発症前  |                             |                            |                            |   | 発症(入院時)   |                             |                            |                            |   | 急性期転院時  |                             |                            |                            |   | 転院後1M   |                             |                            |                            |   | 転院後2M  |                             |                            |                            |   | 転院後3M   |                             |                            |                            |    | 退院時   |                             |                            |                            |    | 退院後1M  |                             |                            |                            |  |
|-------------|--|--|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|---|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|---|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|---|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|--|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|---|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|---|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|--|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| 記載日         |  |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| 転帰※1        |  | <input type="checkbox"/> 入 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 外 <input type="checkbox"/> 施 <input type="checkbox"/> 死   |                             |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> 入 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 外 <input type="checkbox"/> 施 <input type="checkbox"/> 死  |                             |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> 入 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 外 <input type="checkbox"/> 施 <input type="checkbox"/> 死            |                             |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> 入 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 外 <input type="checkbox"/> 施 <input type="checkbox"/> 死            |                             |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> 入 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 外 <input type="checkbox"/> 施 <input type="checkbox"/> 死 |                             |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> 入 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 外 <input type="checkbox"/> 施 <input type="checkbox"/> 死            |                             |                            |                            |    | <input type="checkbox"/> 入 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 外 <input type="checkbox"/> 施 <input type="checkbox"/> 死            |                             |                            |                            |    | <input type="checkbox"/> 入 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 外 <input type="checkbox"/> 施 <input type="checkbox"/> 死 |                             |                            |                            |  |
| 転帰日※2       |  |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| 施設名         |  | ⇒  |                             |                            |                            |   | ⇒   |                             |                            |                            |   | ⇒   |                             |                            |                            |   | ⇒   |                             |                            |                            |   | ⇒  |                             |                            |                            |   | ⇒   |                             |                            |                            |    | ⇒   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| BI、FIM      |  | B.I( ) FIM( )  |                             |                            |                            |   | B.I( ) FIM( )   |                             |                            |                            |   | B.I( ) FIM( )   |                             |                            |                            |   | B.I( ) FIM( )   |                             |                            |                            |   | B.I( ) FIM( )  |                             |                            |                            |   | B.I( ) FIM( )   |                             |                            |                            |    | B.I( ) FIM( )   |                             |                            |                            |    | B.I( ) FIM( )  |                             |                            |                            |  |
|             |  | 自立 見守り 一部 全介 備考  |                             |                            |                            |   | 自立 見守り 一部 全介 備考   |                             |                            |                            |   | 自立 見守り 一部 全介 備考   |                             |                            |                            |   | 自立 見守り 一部 全介 備考   |                             |                            |                            |   | 自立 見守り 一部 全介 備考  |                             |                            |                            |   | 自立 見守り 一部 全介 備考   |                             |                            |                            |    | 自立 見守り 一部 全介 備考   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| A<br>D<br>L | 食事   | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |  |
|             | 移乗   | <input type="checkbox"/> 15  | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 15   | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 15   | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 15   | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 15  | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 15   | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 15   | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 15  | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |  |
|             | 整容   | <input type="checkbox"/> 5   | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 5   | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 5   | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |  |
|             | トイレ動作  | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |  |
|             | 入浴   | <input type="checkbox"/> 5   | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 5   | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 5   | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 |  |
|             | 歩行   | <input type="checkbox"/> 15  | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 15   | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 15   | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 15   | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 15  | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 15   | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 15   | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 15  | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |  |
|             | 階段昇降   | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |  |
|             | 着替え  | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |  |
|             | 排便管理   | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |  |
|             | 排尿管理   | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |   | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |    | <input type="checkbox"/> 10  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 0 |  |
| 認知          | コミュニケーション  |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| 問題行動        | mRS  | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6   |                             |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6   |                             |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |                             |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |                             |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |                             |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |                             |                            |                            |    | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| 運動機能        | 生活状況等  |  |                             |                            |                            |   | 上肢 手指 下肢  | 右 左                         | 右 左                        | 右 左                        | 備考  | 上肢 手指 下肢  | 右 左                         | 右 左                        | 右 左                        | 備考  | 上肢 手指 下肢  | 右 左                         | 右 左                        | 右 左                        | 備考  | 上肢 手指 下肢   | 右 左                         | 右 左                        | 右 左                        | 備考  | 上肢 手指 下肢  | 右 左                         | 右 左                        | 右 左                        | 備考 | 上肢 手指 下肢  | 右 左                         | 右 左                        | 右 左                        | 備考 |  |                             |                            |                            |  |
|             | Br.stage   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
|             | MMT  |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
|             | 感覚   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| 高次脳         | ROM  |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
|             | 意識・認知  |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| 高次脳         | 症状   | <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失語  |                             |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失語   |                             |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失語   |                             |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失語   |                             |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失語  |                             |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失語   |                             |                            |                            |    | <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失語   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
|             | 既往歴  | < 既往歴 ><br><input type="checkbox"/> 脳出血<br><input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞<br><input type="checkbox"/> 心源性脳梗塞<br><input type="checkbox"/> くも膜下出血<br><input type="checkbox"/> TIA<br><input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症<br><input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房細動<br><input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患<br><input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害<br><input type="checkbox"/> 気管切開<br><input type="checkbox"/> 頸動脈狭窄症 <input type="checkbox"/> 胃瘻<br><input type="checkbox"/> 脳主幹動脈狭窄症<br><input type="checkbox"/> シャント( <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> LP)<br><input type="checkbox"/> 排尿障害<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>< 服薬 ><br><input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> バイアスピリン<br><input type="checkbox"/> プラザキサ <input type="checkbox"/> プレタール<br><input type="checkbox"/> プラビックス |                             |                            |                            |   | < 来院方法 > <input type="checkbox"/> ホットライン <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自力<br>< 紹介元 ><br><input type="checkbox"/> かかりつけ医:<br>< 手術 ><br>< 入院時NIHSS ><br>< 初期治療薬 ><br><input type="checkbox"/> tPA <input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> NOAC<br><input type="checkbox"/> バイアスピリン <input type="checkbox"/> プレタール <input type="checkbox"/> プラビックス<br>< 合併症 ><br><input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心不全<br><input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害<br><input type="checkbox"/> 頸動脈狭窄症 <input type="checkbox"/> 脳主幹動脈狭窄症 <input type="checkbox"/> シャント( <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> LP)<br><input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 排尿障害<br>< 歯科治療 歯科 ><br>治療内容: 義歯調整<br>< リスク等 > |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    | 回復期退院時転帰先<br><input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院<br><input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 死亡   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| 健康保険        | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| 介護保険        | 発症前 要介護度( )要支援( ) サービス利用状況 <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし ⇒ 発症後 <input type="checkbox"/> 説明済( / ) <input type="checkbox"/> 申請中( / ) <input type="checkbox"/> 調査済( / ) <input type="checkbox"/> 認定( / ) 要介護( ) 要支援( ) ※ <input type="checkbox"/> 区分変更 要介護( ) 要支援( )   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| 収入          | <input type="checkbox"/> 就労( ) <input type="checkbox"/> 年金( ) <input type="checkbox"/> 手当( )   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| 障害区分        | 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有 種類( ) 級等( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当  |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| 家庭状況        | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 同居( )名 キーパーソン( ) 続柄( )  |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| 自宅復帰希望      | <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| 本人・家族説明の要旨  | 改善の見込み <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 障害残存 ) <input type="checkbox"/> なし  |  |                             |                            |                            | 改善の見込み <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 障害残存 ) <input type="checkbox"/> なし |   |                             |                            |                            | 改善の見込み <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 障害残存 ) <input type="checkbox"/> なし |   |                             |                            |                            | 改善の見込み <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 障害残存 ) <input type="checkbox"/> なし |   |                             |                            |                            | 改善の見込み <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 障害残存 ) <input type="checkbox"/> なし |  |                             |                            |                            | 改善の見込み <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 障害残存 ) <input type="checkbox"/> なし |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |
| 連携シートへのコメント | (施設名) ( ) 氏名 ( ) コメント( )   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |   |  |                             |                            |                            |   |   |                             |                            |                            |    |   |                             |                            |                            |    |  |                             |                            |                            |  |

※1入:入院、退:退院、継:継続、転:転院・転所等、外:外来、施:施設入所・転所、死:死亡 ※2 実際の入退院等の転帰と日付を記載

患者様が回復期病院を退院時、また発症から6カ月経過時にはお手数ですが原本を下記へ郵送ください  
〒855-0861 長崎県島原市下川尻町7895 長崎県島原病院 高次脳卒中センター宛 TEL0957-63-1145