

脳卒中地域連携バスシート

様 ( )

入院日 年 月 日

評価日: 年 月 日

説明者:

施設名:

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	急性期病院	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	回復期病院
入院時の治療内容について以下に記載していません。	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。 1ヶ月 BI 85-100 FIM 110-126 退院	かかりつけ医通院	<input type="checkbox"/> 軽度リハコース (1ヶ月) BI 85-100 FIM 110-126 退院	<input type="checkbox"/> 標準リハコース (2ヶ月) BI 55-80 FIM 80-100 退院	<input type="checkbox"/> 重症リハコース (3ヶ月) BI 0-50 FIM 18-79 退院
<input type="checkbox"/> 手術 手術名 ( ) <input type="checkbox"/> 保存的治療 (点滴・注射・内服など)	<input type="checkbox"/> 意識の障害 不明 <input type="checkbox"/> 運動障害 不明 <input type="checkbox"/> 言葉の障害 不明 <input type="checkbox"/> 食べることの障害 不明 <input type="checkbox"/> 排尿の障害 不明 <input type="checkbox"/> 認知の障害 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 療養コース (もともと介護サービス等利用していた場合) 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。	1ヶ月 2ヶ月 3ヶ月 退院			<input type="checkbox"/> 標準ケアコース (BI 25以上) <input type="checkbox"/> 重症ケアコース (BI 0-20) 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 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 type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護 サービス不要 <input type="checkbox"/> 通院あり <input type="checkbox"/> 通院なし

退院後も必要となることが予想される治療	再発予防のための生活習慣の管理
<input type="checkbox"/> 抗血栓薬 <input type="checkbox"/> シャント ( <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> LP ) <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 運動

発症前の状況 <input type="checkbox"/> 介護保険の説明 <input type="checkbox"/> 介護保険の申請 <input type="checkbox"/> 要介護認定 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 担当介護支援専門員 ( ) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳申請 (種 級) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 家庭調査・改修 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ	<input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 ( ) <input type="checkbox"/> 転院入所調整 <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

島原脳卒中地域連携バス検討会 (Ver1.1)

平成24年10月25日改定