

脳卒中連携シート

氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( \_\_\_\_\_ )

地域連携診療計画管理料  有  無

DB管理No \_\_\_\_\_

		発症 年 月 日					2W 年 月 日					1M 年 月 日					2M 年 月 日					3M 年 月 日					4M 年 月 日					5M 年 月 日					6M 年 月 日				
記載日																																									
転帰		<input type="checkbox"/> 入 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 外					<input type="checkbox"/> 入 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 外					<input type="checkbox"/> 入 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 外					<input type="checkbox"/> 入 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 外					<input type="checkbox"/> 入 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 外					<input type="checkbox"/> 入 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 外					<input type="checkbox"/> 入 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 外									
転帰日																																									
施設名		島原病院																																							
BI, FIM		BI( ), FIM( )					BI( ), FIM( )					BI( ), FIM( )					BI( ), FIM( )					BI( ), FIM( )					BI( ), FIM( )					BI( ), FIM( )									
		自立 見守り 口頭指示 一部介助 全介助 行わず 備考					自立 見守り 口頭指示 一部介助 全介助 行わず 備考					自立 見守り 口頭指示 一部介助 全介助 行わず 備考					自立 見守り 口頭指示 一部介助 全介助 行わず 備考					自立 見守り 口頭指示 一部介助 全介助 行わず 備考					自立 見守り 口頭指示 一部介助 全介助 行わず 備考					自立 見守り 口頭指示 一部介助 全介助 行わず 備考									
ADL	移動																																								
	階段昇降																																								
	食事																																								
	排泄																																								
	入浴																																								
	更衣																																								
	整容																																								
家事																																									
コミュニケーション																																									
問題行動																																									
mRS																																									
運動機能	上肢 手指 下肢	右 左 右 左 右 左 備考					右 左 右 左 右 左 備考					右 左 右 左 右 左 備考					右 左 右 左 右 左 備考					右 左 右 左 右 左 備考					右 左 右 左 右 左 備考														
	Br-Stage																																								
	感覚																																								
	MMT																																								
	ROM制限																																								
高次脳	意識・認知																																								
	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														
社会資源	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	<input type="checkbox"/> 発症前 要介護度( ) 要支援( )					<input type="checkbox"/> 発症後 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 認定 要介護度( ) 要支援( )					<input type="checkbox"/> 区分変更 要介護度( ) 要支援( )																													
	収入	<input type="checkbox"/> 就労 ( ) 年金 ( ) 手当 ( )																																							
	障害区分	障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有 種類( ) (等級) <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 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															
合併症 リスク管理 内服治療 コメントなど	来院方法	<input type="checkbox"/> ホットライン <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自力 紹介元( )																																							
	かかりつけ医( ) 手術( ) 入院時NIHSS( )																																								
本人・家族 説明の旨	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					<input type="checkbox"/> 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					<input type="checkbox"/> 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					<input type="checkbox"/> 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					<input type="checkbox"/> 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					<input type="checkbox"/> 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														
	受者:																																								
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 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