

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	1	<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	2																																	
施設名	島原病院																																	
ADL	BI, FIM	BI(), FIM()		BI(), FIM()		BI(), FIM()		BI(), FIM()		BI(), FIM()		BI(), FIM()		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					
	移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	家事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
コミュニケーション																																		
問題行動																																		
mRS																																		
運動機能	リハ開始日(月日)	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	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																																
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	発症前 要介護度() 要支援() 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 () <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 <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 <input type="checkbox"/> 紹介元() かかりつけ医() 手術() 入院時NIHSS()																																
	抗血栓薬	<input type="checkbox"/> tPA <input type="checkbox"/> ワルファリン (<input type="checkbox"/> プラザキサ <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) () <input type="checkbox"/> 歯科治療 () 歯科																																
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																																
	障害の受容	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一部 <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