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	□入□継□退□転□外□施□死	☑入□継□退□転□外□施□死	□入□継□退□転□外□施□死	□入□継□退□転□外□施□死	□入□継□退□転□外□施□死	□入□継□退□転□外□施□死	□入□継□退□転□外□施□死	□入□継□退□転□外□施□死
転帰日※2			紹介日（　）転院日（　）					
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(　)

ADL

	発症前					発症(入院時)				
	自立	見守り	一部	全介	備考	自立	見守り	一部	全介	備考
食事	□10	□5	□5	□0	経口・経管・胃ろう	□10	□5	□5	□0	経口・経管・胃ろう
移乗	□15	□10	□5	□0		□15	□10	□5	□0	
整容	□5	□0	□0	□0		□5	□0	□0	□0	
トイレ動作	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
入浴	□5	□0	□0	□0		□5	□0	□0	□0	
歩行	□15	□10	□5	□0		□15	□10	□5	□0	
階段昇降	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
着替え	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
排便管理	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
排尿管理	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	

	急性期転院時					転院後1M				
	自立	見守り	一部	全介	備考	自立	見守り	一部	全介	備考
食事	□10	□5	□5	□0	経口・経管・胃ろう	□10	□5	□5	□0	経口・経管
移乗	□15	□10	□5	□0		□15	□10	□5	□0	
整容	□5	□0	□0	□0		□5	□0	□0	□0	
トイレ動作	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
入浴	□5	□0	□0	□0		□5	□0	□0	□0	
歩行	□15	□10	□5	□0		□15	□10	□5	□0	
階段昇降	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
着替え	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
排便管理	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
排尿管理	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	

	転院後2M					転院後3M				
	自立	見守り	一部	全介	備考	自立	見守り	一部	全介	備考
食事	□10	□5	□5	□0	経口・経管	□10	□5	□5	□0	経口・経管
移乗	□15	□10	□5	□0		□15	□10	□5	□0	
整容	□5	□0	□0	□0		□5	□0	□0	□0	
トイレ動作	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
入浴	□5	□0	□0	□0		□5	□0	□0	□0	
歩行	□15	□10	□5	□0		□15	□10	□5	□0	
階段昇降	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
着替え	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
排便管理	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
排尿管理	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	

	退院時					退院後1M				
	自立	見守り	一部	全介	備考	自立	見守り	一部	全介	備考
食事	□10	□5	□5	□0	経口・経管	□10	□5	□5	□0	経口・経管
移乗	□15	□10	□5	□0		□15	□10	□5	□0	
整容	□5	□0	□0	□0		□5	□0	□0	□0	
トイレ動作	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
入浴	□5	□0	□0	□0		□5	□0	□0	□0	
歩行	□15	□10	□5	□0		□15	□10	□5	□0	
階段昇降	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
着替え	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
排便管理	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	
排尿管理	□10	□5	□5	□0		□10	□5	□5	□0	

	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
認知 コミュニケーション								
認知 問題行動								
mRS	□0□1□2□3□4□5□6	□0□1□2□3□4□5□6	□0□1□2□3□4□5□6	□0□1□2□3□4□5□6	□0□1□2□3□4□5□6	□0□1□2□3□4□5□6	□0□1□2□3□4□5□6	□0□1□2□3□4□5□6

運動機能・高次脳

	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
	生活状況等	上肢(右・左) 手指(右・左) 下肢(右・左) / 備考	上肢(右・左) 手指(右・左) 下肢(右・左) / 備考	上肢(右・左) 手指(右・左) 下肢(右・左) / 備考	上肢(右・左) 手指(右・左) 下肢(右・左) / 備考	上肢(右・左) 手指(右・左) 下肢(右・左) / 備考	上肢(右・左) 手指(右・左) 下肢(右・左) / 備考
Br.stage							
MMT							
感覚							
ROM							
意識・認知		GCS:　MMSE:	GCS:　MMSE:				
症状		□注意□記憶□失行□失語	□注意□記憶□失行□失語	□注意□記憶□失行□失語	□注意□記憶□失行□失語	□注意□記憶□失行□失語	□注意□記憶□失行□失語

※3　mRS（modifided Rankin Scale）

0：まったく症候がない

1：症候はあっても明らかな障害はない
（日常の勤めや活動は行える）

2：軽度の障害
（発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える）

3：中等度の障害
（何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える）

4：中等度から重度の障害
（歩行や身体的要求には介助が必要である）

5：重度の障害
（寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする）

6：死亡

既往歴 初期治療薬 合併症 リスク管理 コメント

発症前:
＜　脳卒中歴　＞
□脳出血　□脳梗塞
□くも膜下出血　□TIA

＜既往歴＞
□高血圧症　□脂質異常症
□糖尿病　□心房細動
□心不全　□虚血性心疾患
□肝機能障害　□腎機能障害
□頸動脈狭窄症
□脳主幹動脈狭窄症
□気管切開　□胃瘻
□シャント（□VP　□LP）
□排尿障害
□その他（　　）
＜服薬＞
□DOAC（　　）
□スタチン　□ワルファリン
□バイアスピリン□ノバスタン
□プラビックス　□プレタール

発症(入院時)・急性期転院時:
＜来院方法＞□ホットライン□救急車　□自力
＜紹介元：　＞
＜かかりつけ医：　＞
＜手術：　＞
＜入院時NIHSS：　＞＜退院時NIHSS：
＜初期治療薬＞
□tPA　□ワルファリン　□DOAC
□バイアスピリン　□スタチン　□プラビックス
□ノバスタン　□プレタール　□ヘパリン
＜合併症＞
□高血圧症　□脂質異常症　□糖尿病□心房細動　□心不全
□虚血性心疾患□肝機能障害　□腎機能障害
□頸動脈狭窄症　脳主幹動脈狭窄症　□深部静脈血栓症
□排尿障害　□誤嚥性肺炎　□偽通風

＜歯科治療　　歯科）＞
治療内容：
□気管切開　□胃瘻　□シャント□VP　□LP）

転院後1M / 転院後2M / 転院後3M（各欄共通）:
合併症・イベント
□尿路感染症
□深部静脈血栓症
□肺炎
□骨折
□狭心症

・その他

退院時:
回復期退院時転帰先
□自宅　□転院
□施設　□死亡

発症3ヶ月
□mRS（　）
□B. I（　）

発症6ヶ月
□mRS（　）
□B. I（　）

社会資源

健康保険	□国保　□後期高齢□社保　□共済　□生保　□労災　□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　□あり（　）□なし⇒発症後　□説明済（　／　）□申請中（　／　）□調査済（　／　）□認定（　／　）要介護（　）要支援（　）※□区分変更 要介護（　）要支援（　）
収入	□就労（　）□金（　）□手当（　）
障害区分	障害者手帳□有　種類（　）級等（　）□無　□申請中　□非該当
家庭状況	□独居　□夫婦　□居（　）名　キーパーソン（　）続柄（　）

	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
自宅復帰希望	□あり（　）□なし	□あり（　）□なし	□あり（　）□なし	□あり（　）□なし	□あり（　）□なし	□あり（　）□なし	□あり（　）□なし	□あり（　）□なし
本人・家族説明の要旨			改善の見込み □あり（□完全□障害残存）□なし 障害の受容 □あり　□一部あり　□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、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　脳卒中センター宛　TEL0957-63-1145