

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パスシート(1/2)

急 医師用

フリガナ 患者名					ID							
性別	生年月日	昭和	年	月	日	年齢	歳	発症	平成	年	月	日
住所								入院	平成	年	月	日
患者基本情報(月 日記入)								科		主治医:		(印)
疾患名												
<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> アテローム血栓症 <input type="checkbox"/> 心原性寒栓 <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()											
<input type="checkbox"/> 脳出血	<input type="checkbox"/> 高血圧性 <input type="checkbox"/> 脳動脈奇形 <input type="checkbox"/> もやもや病 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()											
<input type="checkbox"/> クモ膜下出血	<input type="checkbox"/> 嚢状脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> 解離性動脈瘤 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()											
病巣部位 サイズ												
手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 月 日(内容)											
特殊疾患	<input type="checkbox"/> 血管狭窄・閉塞() <input type="checkbox"/> 未破裂動脈瘤() <input type="checkbox"/> その他()											
主な障害	<input type="checkbox"/> 右マヒ <input type="checkbox"/> 両マヒ <input type="checkbox"/> 左マヒ <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> 構音・嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他()											
合併症	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 症候性てんかん <input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> その他()											
要注意既往症 及び生活習慣	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他肝機能障害() <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 腎障害() <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他()											
現病歴治療内容	<input type="checkbox"/> 地域連携診療計画管理											
投薬内容												
予後の説明内容												
呼吸	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素投与(L/分)				意識レベル		<input type="checkbox"/> JCS() <input type="checkbox"/> GCS()					
リハ施行	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST				栄養経路		<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH					
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA (<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 疥癬() <input type="checkbox"/> 梅毒() <input type="checkbox"/> HBs抗原() <input type="checkbox"/> HCV抗体() <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑膿菌(部位:)											
添付資料	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 血算 <input type="checkbox"/> 生化(CRP必須) <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他()											

* 送付先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保 管: 急性期病院が作成し、原本を保管してください。

計画管理病院:

発行病院:

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パスシート(2/2)

急 医師用

フリガナ 患者名					ID								
性別		生年月日	昭和	年	月	日	年齢	歳	発症	平成	年	月	日
住所								入院	平成	年	月	日	

障害評価	感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 脱失	精神障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	失調	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	記憶障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	失行	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い	視野障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	失語	表出	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		
		理解	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 指示が入る <input type="checkbox"/> 指示が入らない		
	構音障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度			
嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ゼリーなどのみ試行 <input type="checkbox"/> 非経口				

退院時情報(月 日記入)	月 日退院	主治医:	(印)
----------------	-------	------	-----

変化・経過 (転院時情報)	
------------------	--

最終処方	<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし
------	---

退院後急性期病院での経過観察	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要
----------------	--

アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
-------	---

その他特記事項、 禁忌・注意事項	
---------------------	--

* 送付先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管: 急性期病院が作成し、原本を保管してください。

--

計画管理病院:

発行病院:

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パスシート(1/2)

急 看護師用

フリガナ 患者名				ID			
生年月日	昭和	年	月	日 (歳)	住所		

看護基本情報 (月 日記入)				記入者: (印)			
身体	身長	cm	体重	Kg			
食事動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	摂取量 (割)			
動作	移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> 車椅子乗車 (時間 分/日) <input type="checkbox"/> ベッド					
	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	移乗動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> ムラあり	<input type="checkbox"/> 不可	ナースコール	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
コミュニケーション 手段	<input type="checkbox"/> 口答 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他 ()						
問題行動	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠	<input type="checkbox"/> 断眠	<input type="checkbox"/> 不眠	眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時折 <input type="checkbox"/> 毎晩
	精神症状	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 転倒転落 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	抑制	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 四肢抑制 <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> その他 ()					
排泄	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自排尿						
吸引	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
その他	患者の個性、看護上の問題などを記入						

退院時情報 (月 日記入)				月 日退院				記入者: (印)			
バイタルサイン	体温		脈拍		不整脈	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	血圧	/	SpO2		
褥そう	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位: _____ 処置方法: _____										
食事栄養	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 絶飲食									
	食形態	主食		副菜	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	水分トロミ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助									
	摂取量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 3/4~1/2 <input type="checkbox"/> 1/2~1/4 <input type="checkbox"/> 1/4以下 <input type="checkbox"/> その他 ()									
治療食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食 Kcal) <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> 嚥下訓練食 (月 日開始) その他										
排泄	方法	日中:	夜間:		動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし			失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし			排便コントロール						

* 送付先:退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保 管:急性期病院が作成し、原本を保管してください。

パス適用

計画管理病院:

発行病院:

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パスシート(2/2)

急 看護師用

フガナ 患者名		ID	
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	住所	

伝達事項		最終交換日	サイズ	種類
	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル			
	<input type="checkbox"/> 鼻腔・胃ろう			
	<input type="checkbox"/> 気管切開			
	<input type="checkbox"/> その他()			
<input type="checkbox"/> その他()				

入浴	一般浴(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)	シャワー浴(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)	<input type="checkbox"/> 機械浴	<input type="checkbox"/> ベッド上清拭	最終排便	月 日
----	---	---	------------------------------	---------------------------------	------	-----

日常生活機能評価

患者の状況	得点			特記事項
	0点	1点	2点	
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
とちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない	
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない	
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要	<input type="checkbox"/> できない	
移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動	<input type="checkbox"/> 介助を要する移動(搬送含む)		
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない	
診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
危険行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (具体的行動を記入→)		

特記事項(看護上の問題・個性)	合計得点

* 送付先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管: 急性期病院が作成し、原本を保管してください。

パス適用

計画管理病院:

発行病院:

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パスシート (1/2)

急リハビリ用

フリガナ 患者名		ID	
生年月日	昭和 年 月 日(歳)	住所	

リハビリテーション基本情報(月 日記入) 記入者: (印)

病前の活動状態(家屋内移動・散歩・買い物・旅行)

1. 禁忌(血圧、心拍、SpO2制限など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
2. リハ拒否など	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
3. 失語	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
4. 嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
5. 端座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> セッティングにて可 <input type="checkbox"/> 上肢支持にて可 <input type="checkbox"/> 不可
6. 立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> セッティングにて可 <input type="checkbox"/> 上肢支持にて可 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
7. 歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 平行棒) 装具: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
8. ゴール設定とその評価	

《特記事項》

退院時情報(月 日記入) PT: (印) OT: (印) ST: (印)

1. 認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
2. 意欲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
3. 訓練中のバイタル変動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
4. コミュニケーション	(記述)
5. 痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
6. ROM制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
7. 感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
8. 構音障害(有・無)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
9. Br.stage(右手) (右上肢) (右下肢)	(左手) (左上肢) (左下肢)
10. リハ経過	寝返り
	起き上がり
	端座位
	立ち上がり
	立位
	移乗
	屋内移動
	屋外移動
	更衣
	食事動作
トイレ動作	
入浴	
11. 下肢装具使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
12. 退院後改善の可能性の有無 内容を具体的に記入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

計画管理病院:

発行病院:

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パスシート (2/2)

急リハビリ用

フリガナ 患者名		ID	
生年月日	昭和 年 月 日(歳)	住所	

嚥下機能評価

1. 摂食・嚥下能力	
2. 栄養	
3. RSST	
4. 水飲みテスト	
5. フードテスト	

《特記事項》

特記事項

高次脳機能評価	
P T	
O T	
S T	

添付資料

 VF結果 SLTA結果 その他()

本人・家族の希望在宅リハの継続目標

 通院 通所 訪問

計画管理病院:

発行病院:

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パスシート(1/1)

急 MSW用

フリガナ 患者名		ID	
生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳
		性別	

基本情報

居住地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設()		
電話番号			
家族構成		家族関係等特記事項	
同居家族	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の家族 <input type="checkbox"/> その他()		
キーパーソン	氏名:	続柄:	連絡先:
保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 自賠責・第三者行為 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生保		
発症前ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
特記事項			

退院時情報

介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input checked="" type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5		
ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名:	事業所: 連絡先:
サービス利用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所系 <input type="checkbox"/> 入所系 <input type="checkbox"/> その他()		
身障手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 等級変更 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 入所前に取得 <input type="checkbox"/> 今回取得) ※種別等級:		
本人の希望	<input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 病院(医療・介護) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定		
家族の希望	<input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 病院(医療・介護) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定		
問題点	<input type="checkbox"/> 病態 <input type="checkbox"/> ADL低下 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 介護力不足 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 認知面 <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> その他		
問題点の内容			
調整内容・課題			

記入者: 平成 年 月 日

記入者: (印)

計画管理病院:

発行病院:

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パスシート(1/2)

④ 医師用

フリガナ 患者名					ID							
性別	生年月日	昭和	年	月	日	年齢	歳	発症	平成	年	月	日
住所								入院	平成	年	月	日
患者基本情報(月 日記入)								科		主治医:		④
疾患名												
<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> アテローム血栓症 <input type="checkbox"/> 心原性寒栓 <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()											
<input type="checkbox"/> 脳出血	<input type="checkbox"/> 高血圧性 <input type="checkbox"/> 脳動脈奇形 <input type="checkbox"/> もやもや病 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()											
<input type="checkbox"/> クモ膜下出血	<input type="checkbox"/> 嚢状脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> 解離性動脈瘤 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()											
病巣部位 サイズ												
手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 月 日(内容)											
特殊疾患	<input type="checkbox"/> 血管狭窄・閉塞() <input type="checkbox"/> 未破裂動脈瘤() <input type="checkbox"/> その他()											
主な障害	<input type="checkbox"/> 右マヒ <input type="checkbox"/> 両マヒ <input type="checkbox"/> 左マヒ <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> 構音・嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他()											
合併症	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 症候性てんかん <input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> その他()											
要注意既往症 及び生活習慣	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他肝機能障害() <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 腎障害() <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他()											
現病歴治療内容	<input type="checkbox"/> 地域連携診療計画管理											
投薬内容												
予後の説明内容												
呼吸	<input checked="" type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素投与(L/分)				意識レベル		<input type="checkbox"/> JCS() <input type="checkbox"/> GCS()					
リハ施行	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST				栄養経路		<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH					
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA (<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 疥癬() <input type="checkbox"/> 梅毒() <input type="checkbox"/> HBs抗原() <input type="checkbox"/> HCV抗体() <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑膿菌(部位:)											
添付資料	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 血算 <input type="checkbox"/> 生化(CRP必須) <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他()											

* 送付先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保 管: 急性期病院が作成し、原本を保管してください。

計画管理病院:

発行病院:

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パスシート(2/2)

回 医師用

フリガナ 患者名					ID								
性別		生年月日	昭和	年	月	日	年齢	歳	発症	平成	年	月	日
住所								入院	平成	年	月	日	

障害評価	感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 脱失	精神障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	失調	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	記憶障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	失行	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い	視野障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	失語	表出	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		
		理解	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 指示が入る <input type="checkbox"/> 指示が入らない		
	構音障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度			
嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ゼリーなどのみ試行 <input type="checkbox"/> 非経口				

退院時情報(月 日記入)	月 日退院	主治医:	(印)
----------------	-------	------	-----

変化・経過 (転院時情報)	
------------------	--

最終処方	<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし
------	---

退院後急性期病院での経過観察	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要
----------------	--

アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
-------	---

その他特記事項、 禁忌・注意事項	
---------------------	--

* 送付先:退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管:急性期病院が作成し,原本を保管してください。

--

計画管理病院:

発行病院:

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パスシート(1/2)

回 看護師用

フリガナ 患者名		ID	
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	住所	

看護基本情報 (月 日記入)		記入者:	印
身体	身長 cm 体重 Kg		
食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 摂取量 (割)		
動作	移動 <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> 車椅子乗車 (時間 分/日) <input type="checkbox"/> ベッド		
	移動動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	移乗動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> ムラあり <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> ナースコール <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
コミュニケーション 手段	<input type="checkbox"/> 口答 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他 ()		
問題行動	睡眠 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 断眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時折 <input type="checkbox"/> 毎晩		
	精神症状 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	問題行動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 転倒転落 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	抑制 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 四肢抑制 <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> その他 ()		
排泄	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自排尿		
吸引	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
その他	患者の個性、看護上の問題などを記入		

退院時情報 (月 日記入)		月 日退院	記入者:	印
バイタルサイン	体温	脈拍	不整脈 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	血圧 / SpO2
褥そう	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位: 処置方法:			
食事栄養	摂取方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 絶飲食			
	食形態 主食 副菜 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー 水分トロミ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助			
	摂取量 <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 3/4~1/2 <input type="checkbox"/> 1/2~1/4 <input type="checkbox"/> 1/4以下 <input type="checkbox"/> その他 ()			
治療食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食 Kcal) <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> 嚥下訓練食 (月 日開始) その他				
排泄	方法 日中: 夜間: 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし 失禁 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし 排便コントロール			

* 送付先:退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保 管:急性期病院が作成し、原本を保管してください。

計画管理病院:

発行病院:

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パスシート(2/2)

回 看護師

フカサ 患者名				ID			
生年月日	昭和	年	月	日 (歳)	住所		

伝達事項		最終交換日	サイズ	種類
	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル			
	<input type="checkbox"/> 鼻腔・胃ろう			
	<input type="checkbox"/> 気管切開			
	<input type="checkbox"/> その他()			
<input type="checkbox"/> その他()				

入浴 一般浴(自立 介助) シャワー浴(自立 介助) 機械浴 ベッド上清拭 最終排便 月 日

日常生活機能評価

患者の状況	得点			特記事項
	0点	1点	2点	
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	
とちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	/	
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない	
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	/	
座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない	
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要	<input type="checkbox"/> できない	
移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動	<input type="checkbox"/> 介助を要する移動(搬送含む)	/	
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	/	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない	
診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	/	
危険行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (具体的行動を記入→)		

特記事項(看護上の問題・個別性) 合計得点

* 送付先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。
 * 保管: 急性期病院が作成し、原本を保管してください。

計画管理病院:

発行病院:

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パスシート (1/2)

④リハビリ用

フリガナ 患者名		ID	
生年月日	昭和 年 月 日(歳)	住所	

リハビリテーション基本情報(月 日記入) 記入者: ④

病前の活動状態(家屋内移動・散歩・買い物・旅行)

1. 禁忌(血圧、心拍、SpO2制限など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
2. リハ拒否など	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
3. 失語	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
4. 嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
5. 端座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> セットアップにて可 <input type="checkbox"/> 上肢支持にて可 <input type="checkbox"/> 不可
6. 立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> セットアップにて可 <input type="checkbox"/> 上肢支持にて可 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
7. 歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 平行棒) 装具: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
8. ゴール設定とその評価	

《特記事項》

退院時情報(月 日記入) PT: ④ OT: ④ ST: ④

1. 認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明																								
2. 意欲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明																								
3. 訓練中のバイタル変動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()																								
4. コミュニケーション	(記述)																								
5. 痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()																								
6. ROM制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																								
7. 感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()																								
8. 構音障害(有・無)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明																								
9. Br.stage(右手) (右上肢) (右下肢)	(左手) (左上肢) (左下肢)																								
10. リハ経過	<table border="1"> <tr><td>寝返り</td><td></td></tr> <tr><td>起き上がり</td><td></td></tr> <tr><td>端座位</td><td></td></tr> <tr><td>立ち上がり</td><td></td></tr> <tr><td>立位</td><td></td></tr> <tr><td>移乗</td><td></td></tr> <tr><td>屋内移動</td><td></td></tr> <tr><td>屋外移動</td><td></td></tr> <tr><td>更衣</td><td></td></tr> <tr><td>食事動作</td><td></td></tr> <tr><td>トイレ動作</td><td></td></tr> <tr><td>入浴</td><td></td></tr> </table>	寝返り		起き上がり		端座位		立ち上がり		立位		移乗		屋内移動		屋外移動		更衣		食事動作		トイレ動作		入浴	
寝返り																									
起き上がり																									
端座位																									
立ち上がり																									
立位																									
移乗																									
屋内移動																									
屋外移動																									
更衣																									
食事動作																									
トイレ動作																									
入浴																									
11. 下肢装具使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()																								
12. 退院後改善の可能性の有無 内容を具体的に記入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																								

--

計画管理病院:

発行病院:

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パスシート (2/2)

①リハビリ用

フリガナ 患者名		ID	
生年月日	昭和 年 月 日(歳)	住所	

嚥下機能評価

1. 摂食・嚥下能力	
2. 栄養	
3. RSST	
4. 水飲みテスト	
5. フードテスト	

《特記事項》

特記事項

高次 脳 機 能 評 価	
P T	
O T	
S T	
添付資料	<input type="checkbox"/> VF結果 <input type="checkbox"/> SLTA結果 <input type="checkbox"/> その他()
本人・家族の希望在宅リハの継続目標	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問

計画管理病院:

発行病院:

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パスシート(1/1)



フリガナ 患者名		ID	
生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳
		性別	

基本情報

居住地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 ()		
電話番号			
家族構成		家族関係等特記事項	
同居家族	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の家族 <input type="checkbox"/> その他 ()		
キーパーソン	氏名:	続柄:	連絡先:
保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 自賠責・第三者行為 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生保		
発症前ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
特記事項			

退院時情報

介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5		
ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名:	事業所: 連絡先:
サービス利用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所系 <input type="checkbox"/> 入所系 <input type="checkbox"/> その他 ()		
身障手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 等級変更 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 入所前に取得 <input type="checkbox"/> 今回取得) ※種別等級:		
本人の希望	<input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 病院(医療・介護) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定		
家族の希望	<input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 病院(医療・介護) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定		
問題点	<input type="checkbox"/> 病態 <input type="checkbox"/> ADL低下 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 介護力不足 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 認知面 <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> その他		
問題点の内容			
調整内容・課題			

記入者: 平成 年 月 日

記入者: _____ (印)

計画管理病院:

発行病院: