

氏名： 様  
 病名：  
 発症日：

この診療計画書は、計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。  
 症状に応じて変更することがありますのでご了承ください。病名も、今後の検査で変更される場合があります。

### 急性期病院

医療機関名：  
 担当科：  
 主治医：

- 入院時期：  
 症状により異なりますが約2週～2カ月程度
- 目標：  
 症状を安定化させ再発防止に努めます

- ・脳の状態を検査します
- ・再発予防のため食事や内服薬の管理を行います
- ・リハビリを行います(PT・ST・OT)
- ・食事、薬剤などの指導を行います
- ・症状や予後についての説明をします

### 回復期病院

医療機関名：  
 担当医：  
 主治医：

- 入院期間：  
 1～3カ月程度
- 目標：  
 日常生活動作の向上

- ・起き上がりや移乗の訓練をします
- ・車いす移動の訓練
- ・歩行訓練をします
- ・日常生活(トイレ・食事・着替えなど)の訓練をします
- ・高次脳機能障害の訓練をします

### 自宅・療養施設

医療機関名：  
 担当医：  
 主治医：

- 目標：  
 安心して自宅生活できることを目指します

- ・日常生活動作の回復・維持訓練
- ・職場復帰の訓練
- ・再発徴候や日常生活動作の回復・維持方法について説明
- ・再発予防のための指導(食事・内服・運動)

介護保険申請の検討

装具の検討

家族の役割

リハビリ病院の決定・申込

生命保険などの診断書

介護保険の申請

市役所に介護保険申請

介護度の認定

ケアマネージャーの決定と契約

担当者会議

住宅改修  
 訪問看護  
 リハビリ  
 デイケア  
 デイサービス  
 ヘルパーの利用

※既に認定を受けている方はケアマネージャーへご連絡ください。

脳卒中診療の流れについて説明を受けました。記載された診療情報が各連携医療機関、介護保険サービス関係機関で共有されることに同意します。

同意欄(本人または家族)

ご署名 (続柄)  
 日付 平成 年 月 日

同意欄(本人または家族)

ご署名 (続柄)  
 日付 平成 年 月 日

同意欄(本人または家族)

ご署名 (続柄)  
 日付 平成 年 月 日