

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パスシート(1/2)

フリガナ 患者名		ID						【急】医師用				
性別		生年月日	年	月	日	年齢	歳	発症	平成	年	月	日
住所								入院	平成	年	月	日
入院時患者基本情報(月 日記入) 科 主治医:												
☐ 脳梗塞	☐ アテローム血栓症 ☐ 心原性寒栓 ☐ ラナ梗塞 ☐ 不明 ☐ その他()											
☐ 脳出血	☐ 高血圧性 ☐ 脳動脈奇形 ☐ もやもや病 ☐ 不明 ☐ その他()											
☐ クモ膜下出血	☐ 嚢状脳動脈瘤 ☐ 解離性動脈瘤 ☐ 不明 ☐ その他()											
病巣部位 サイズ						手術	☐ なし ☐ あり(月 日) 内容:					
特殊疾患	☐ 血管狭窄・閉塞() ☐ 未破裂動脈瘤() ☐ その他()											
合併症	☐ 肺炎 ☐ 尿路感染 ☐ 症候性てんかん ☐ DVT ☐ その他()											
要注意既往症 及び生活習慣	☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 心疾患() ☐ 肝疾患() ☐ 腎疾患() ☐ 末梢動脈疾患() ☐ ぜんそく ☐ 喫煙 ☐ 飲酒 ☐ その他()											
アレルギー	☐ なし ☐ あり()											
主な障害	☐ 右マヒ ☐ 両マヒ ☐ 左マヒ ☐ 失調 ☐ 高次脳機能障害 ☐ 視野障害 ☐ 構音・嚥下障害 ☐ その他()											
現病歴治療内容												
障害 評価	感覚障害	☐ なし ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 脱失					精神障害	☐ なし ☐ あり				
	失調	☐ なし ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度					記憶障害	☐ なし ☐ あり				
	失行	☐ なし ☐ あり ☐ 疑い					視野障害	☐ なし ☐ あり()				
	失語	表出	☐ なし ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度									
		理解	☐ なし ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度 ☐ 指示が入る ☐ 指示が入らない									
	構音障害	☐ なし ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度										
嚥下障害	☐ なし ☐ あり ☐ 嚥下障害食 ☐ ゼリーなどのみ試行 ☐ 非経口											
呼吸	☐ 気管切開 ☐ 吸引 ☐ 酸素投与(L/分)					意識レベル	☐ JCS() ☐ GCS()					
リハ施行	☐ PT ☐ OT ☐ ST					栄養経路	☐ 経口 ☐ 経鼻胃管 ☐ 胃ろう ☐ IVH					
感染症	☐ MRSA ☐ 疥 ☐ 鼻腔 ☐ 咽頭 ☐ その他:) ☐ 疥癬() ☐ 梅毒() ☐ HBs抗原()											
	☐ HCV抗体() ☐ 多剤耐性緑膿菌(部位:)											

* 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)

フリガナ 患者名					ID					【急】医師用			
性別		生年月日	年	月	日	年齢	歳	発症	平成	年	月	日	
住所									入院	平成	年	月	日

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

変化・経過 (転院時情報)	
------------------	--

入院時処方	退院時処方
	☐ 変更あり ☐ 変更なし

退院後急性期病院 での経過観察	☐ 不要 ☐ 要
--------------------	--

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

添付資料	☐ CT ☐ X-P ☐ MRI ☐ ECG ☐ 血液検査 ☐ 尿 ☐ 感染症() ☐ 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 (1/2)

フリガナ 患者名			ID			【急】リハビリ用
生年月日	年	月	日(歳)	住所		
リハビリテーション基本情報(平成 年 月 日記入) 記入者: 印						
受傷前の生活について(IADL情報)						
1. 禁忌(血圧、心拍、SpO2制限など)	☐ なし ☐ あり()					
2. リハ拒否など	☐ なし ☐ あり()					
3. 失語	☐ なし ☐ あり()					
4. 嚥下障害	☐ なし ☐ あり					
5. 端座位	☐ 安定 ☐ セットアップにて可 ☐ 上肢支持にて可 ☐ 不可					
6. 立位	☐ 安定 ☐ セットアップにて可 ☐ 上肢支持にて可 ☐ 部分介助 ☐ 全介助 ☐ 不可					
7. 歩行	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 杖 ☐ 平行棒) 装具: ☐ なし ☐ あり() ☐ 不可					
8. ゴール設定とその評価						
退院時情報(月 日記入) PT: 印 OT: 印 ST: 印						
1. 認知症	☐ なし ☐ あり ☐ 不明					
2. 意欲	☐ なし ☐ あり ☐ 不明					
3. 訓練中のバイタル変動	☐ なし ☐ あり()					
4. コミュニケーション	(記述)					
5. 痛み	☐ なし ☐ あり()					
6. ROM制限	☐ なし ☐ あり()					
7. 感覚障害	☐ なし ☐ あり()					
8. 構音障害(有・無)	☐ なし ☐ あり ☐ 不明					
9. Br.stage	右 手				左 手	
	右上肢				左上肢	
	右下肢				左下肢	
10.	寝返り			フリーコメント(現状、ADLの経過)		
リハ経過	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	☐ なし ☐ 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）

フリガナ 患者名		ID		【急】リハビリ用
生年月日	年 月 日（ 歳）	住所		

嚥下機能評価		
1. 摂食・嚥下能力		(詳細)
2. 栄養		
3. RSST		
4. 水飲みテスト		
5. フードテスト		

訓練内容、経過（禁忌、リスク、受容について）	
高次脳機能評価	
PT	
OT	
ST	
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)

フリガナ 患者名		ID		【急】MSW用	
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	

基本情報	
居住地	☐ 自宅 ☐ 施設 ()
電話番号	
家族構成	ジェノグラム 家族関係等特記事項
同居家族	☐ 単身 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の家族 ☐ 親 ☐ その他 ()
キーパーソン	氏名: 続柄: 連絡先:
保険種別	☐ 国保 ☐ 健保 ☐ 社保 ☐ 共済 ☐ 自賠責・第三者行為 ☐ 労災 ☐ 生保
手帳関係	☐ 身障 () ☐ 特疾 () ☐ 精神 ☐ その他 ()
特記事項	

退院時情報	
介護保険	☐ なし ☐ 未確 ☐ 申請中 (/) ☐ 変更申請中 (/) ☐ 支 ☐ 支 ☐ 介 ☐ 介 ☐ 介 ☐ 介 ☐ 介
ケアマネージャー	☐ なし ☐ あり氏名: 事業所: 連絡先:
サービス内容	☐ なし ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具貸与 ☐ 訪問看護 ☐ 通所系 ☐ 入所系 ☐ その他 () 内容
本人の希望	☐ 職場復帰 ☐ 在宅復帰 ☐ 病院(医療・介護) ☐ 施設 ☐ 未定 ☐ 不明
家族の希望	☐ 職場復帰 ☐ 在宅復帰 ☐ 病院(医療・介護) ☐ 施設 ☐ 未定
問題点	☐ 病態 ☐ ADL低下 ☐ 介護者不在 ☐ 介護力不足 ☐ 住環境 ☐ 認知面 ☐ 経済面 ☐ その他
問題点の内容	
調整内容・課題	

計画管理病院:

記入者: 平成 年 月 日
記入者: 印
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)

フリガナ 患者名		ID				【回】医師用						
性別		生年月日	年	月	日	年齢	歳	発症	平成	年	月	日
住所							入院	平成	年	月	日	
入院時患者基本情報(月 日記入) 科 主治医: 印												
☐ 脳梗塞	☐ アテローム血栓症 ☐ 心原性寒栓 ☐ ラナ梗塞 ☐ 不明 ☐ その他()											
☐ 脳出血	☐ 高血圧性 ☐ 脳動脈奇形 ☐ もやもや病 ☐ 不明 ☐ その他()											
☐ クモ膜下出血	☐ 嚢状脳動脈瘤 ☐ 解離性動脈瘤 ☐ 不明 ☐ その他()											
病巣部位 サイズ						手術	☐ なし ☐ あり(月 日) 内容:					
特殊疾患	☐ 血管狭窄・閉塞() ☐ 未破裂動脈瘤() ☐ その他()											
合併症	☐ 肺炎 ☐ 尿路感染 ☐ 症候性てんかん ☐ DVT ☐ その他()											
要注意既往症 及び生活習慣	☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 心疾患() ☐ 肝疾患() ☐ 腎疾患() ☐ 末梢動脈疾患() ☐ ぜんそく ☐ 喫煙 ☐ 飲酒 ☐ その他()											
アレルギー	☐ なし ☐ あり()											
主な障害	☐ 右マヒ ☐ 両マヒ ☐ 左マヒ ☐ 失調 ☐ 高次脳機能障害 ☐ 視野障害 ☐ 構音・嚥下障害 ☐ その他()											
現病歴治療内容												
障害 評価	感覚障害	☐ なし ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 脱失					精神障害	☐ なし ☐ あり				
	失調	☐ なし ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度					記憶障害	☐ なし ☐ あり				
	失行	☐ なし ☐ あり ☐ 疑い					視野障害	☐ なし ☐ あり()				
	失語	表出	☐ なし ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度									
		理解	☐ なし ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度 ☐ 指示が入る ☐ 指示が入らない									
	構音障害	☐ なし ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度										
嚥下障害	☐ なし ☐ あり ☐ 嚥下障害食 ☐ ゼリーなどのみ試行 ☐ 非経口											
呼吸	☐ 気管切開 ☐ 吸引 ☐ 酸素投与(L/分)					意識レベル	☐ JCS() ☐ GCS()					
リハ施行	☐ PT ☐ OT ☐ ST					栄養経路	☐ 経口 ☐ 経鼻胃管 ☐ 胃ろう ☐ IVH					
感染症	☐ MRSA ☐ 疥 ☐ 鼻腔 ☐ 咽頭 ☐ その他:) ☐ 疥癬() ☐ 梅毒() ☐ HBs抗原()											
	☐ HCV抗体() ☐ 多剤耐性緑膿菌(部位:)											

* 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)

フリガナ 患者名					ID					【回】医師用			
性別		生年月日	年	月	日	年齢	歳	発症	平成	年	月	日	
住所								入院	平成	年	月	日	

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)	
------------------	--

入院時処方	退院時処方
	☐ 変更あり ☐ 変更なし

退院後急性期病院 での経過観察	☐ 不要 ☐ 要
--------------------	--

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

添付資料	☐ CT ☐ X-P ☐ MRI ☐ ECG ☐ 血液検査 ☐ 尿 ☐ 感染症() ☐ 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 (1/2)

フリガナ 患者名		ID		【回】リハビリ用
生年月日	年 月 日 (歳)	住所		

リハビリテーション基本情報(平成 年 月 日記入) 記入者: 印	
受傷前の生活について(IADL情報)	
1. 禁忌(血圧、心拍、SpO2制限など)	☐ なし ☐ あり ()
2. リハ拒否など	☐ なし ☐ あり ()
3. 失語	☐ なし ☐ あり ()
4. 嚥下障害	☐ なし ☐ あり
5. 端座位	☐ 安定 ☐ セットアップにて可 ☐ 上肢支持にて可 ☐ 不可
6. 立位	☐ 安定 ☐ セットアップにて可 ☐ 上肢支持にて可 ☐ 部分介助 ☐ 全介助 ☐ 不可
7. 歩行	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 杖 ☐ 平行棒) 装具: ☐ なし ☐ あり () ☐ 不可
8. ゴール設定とその評価	

退院時情報(月 日記入) PT: 印 OT: 印 ST: 印																										
1. 認知症	☐ なし ☐ あり ☐ 不明																									
2. 意欲	☐ なし ☐ あり ☐ 不明																									
3. 訓練中のバイタル変動	☐ なし ☐ あり ()																									
4. コミュニケーション	(記述)																									
5. 痛み	☐ なし ☐ あり ()																									
6. ROM制限	☐ なし ☐ あり ()																									
7. 感覚障害	☐ なし ☐ あり ()																									
8. 構音障害(有・無)	☐ なし ☐ あり ☐ 不明																									
9. Br.stage	<table><tr><td>右 手</td><td></td><td>左 手</td><td></td></tr><tr><td>右上肢</td><td></td><td>左上肢</td><td></td></tr><tr><td>右下肢</td><td></td><td>左下肢</td><td></td></tr></table>	右 手		左 手		右上肢		左上肢		右下肢		左下肢														
右 手		左 手																								
右上肢		左上肢																								
右下肢		左下肢																								
10. リハ経過	<table><tr><td>寝返り</td><td></td><td rowspan="12">フリーコメント(現状、ADLの経過)</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		フリーコメント(現状、ADLの経過)	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		フリーコメント(現状、ADLの経過)																								
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	☐ なし ☐ 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）

フリガナ 患者名		ID		【回】リハビリ用
生年月日	年 月 日（ 歳）	住所		

嚥下機能評価		
1. 摂食・嚥下能力		(詳細)
2. 栄養		
3. RSST		
4. 水飲みテスト		
5. フードテスト		

訓練内容、経過（禁忌、リスク、受容について）	
高次脳機能評価	
PT	
OT	
ST	
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)

フリガナ 患者名			ID			【回】MSW用	
生年月日	年 月 日		年齢	歳	性別		

基本情報	
居住地	☐ 自宅 ☐ 施設 ()
電話番号	
家族構成	ジェノグラム 家族関係等特記事項
同居家族	☐ 単身 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の家族 ☐ 親 ☐ その他 ()
キーパーソン	氏名: 続柄: 連絡先:
保険種別	☐ 国保 ☐ 健保 ☐ 社保 ☐ 共済 ☐ 自賠責・第三者行為 ☐ 労災 ☐ 生保
手帳関係	☐ 身障 () ☐ 特疾 () ☐ 精神 ☐ その他 ()
特記事項	

退院時情報	
介護保険	☐ なし ☐ 未確 ☐ 申請中 (/) ☐ 変更申請中 (/) ☐ 支 ☐ 支 ☐ 介 ☐ 介 ☐ 介 ☐ 介 ☐ 介
ケアマネージャー	☐ なし ☐ あり氏名: 事業所: 連絡先:
サービス内容	☐ なし ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具貸与 ☐ 訪問看護 ☐ 通所系 ☐ 入所系 ☐ その他 () 内容
本人の希望	☐ 職場復帰 ☐ 在宅復帰 ☐ 病院(医療・介護) ☐ 施設 ☐ 未定 ☐ 不明
家族の希望	☐ 職場復帰 ☐ 在宅復帰 ☐ 病院(医療・介護) ☐ 施設 ☐ 未定
問題点	☐ 病態 ☐ ADL低下 ☐ 介護者不在 ☐ 介護力不足 ☐ 住環境 ☐ 認知面 ☐ 経済面 ☐ その他
問題点の内容	
調整内容・課題	

計画管理病院:

記入者: 平成 年 月 日
記入者: 印
発行病院: