鳥取県中部地区　脳卒中地域連携パスシート

フリガナ 氏名		ID	
生年月日		住所	

【急】看護師用

退院時看護基本情報　　月　　日記入：　　㊞				
身体	身長　　cm　体重　　kg			
食事栄養	栄養経路			
	食形態	主食		
		副菜		
		水分形態		
	動作	コメント：		
	摂取量		水分摂取量	ml
	治療食	（　　食　　kcal）		
		塩分　　g制限　コメント：		
動作	移動			
	移動動作		移乗動作	
麻痺の有無	コメント：			
意思疎通		ナースコール		
コミュニケーション手段		利き手		
問題行動	睡眠		眠剤使用	
	精神症状			
	問題行動			
	抑制			
バイタルサイン	体温		脈拍	
	不整脈		血圧	／
	SpO2	%	酸素投与	L/分
呼吸	☐ 気管切開　☐ 吸引（　回／日　）			
排泄	方法	日中：　　夜間：		
	尿意		便意	
	動作		失禁	
	排便コントロール		最終排便日	
褥そう		部位・処置方法		
入浴		最終入浴日		
生活習慣	喫煙：　本　年間　飲酒：　g（アルコール換算）			
リハ施行	☐ PT　☐ OT　☐ ST			

伝達事項	最終交換日	サイズ	種類
留置カテーテル			
鼻腔・胃ろう			
気管切開			
その他			

退院時　日常生活機能評価		得点
床上安静の指示		
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる		
寝返り		
起き上がり		
座位保持		
移乗		
移動方法		
口腔清潔		
食事摂取		
衣服の着脱		
他者への意思の伝達		
診療・療養上の指示が通じる		
危険行動		
	合計得点	0

・家族の患者に対するADL到達度に対する思い

・キーパーソン、家族の特徴（協力度、面会状況等）

・その他（フリー記載欄）

＊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

フリガナ 氏名		ID	
生年月日		住所	

【回】看護師用

退院時看護基本情報　　月　　日記入:					㊞
身体	身長　　cm　体重　　kg				
食事栄養	栄養経路				
	食形態	主食			
		副菜			
		水分形態			
	動作	コメント:			
	摂取量		水分摂取量		ml
	治療食	（　　食　　kcal）			
		塩分　　g制限　コメント:			
動作	移動				
	移動動作		移乗動作		
麻痺の有無	コメント:				
意思疎通		ナースコール			
コミュニケーション手段		利き手			
問題行動	睡眠		眠剤使用		
	精神症状				
	問題行動				
	抑制				
バイタルサイン	体温		脈拍		
	不整脈		血圧	／	
	SpO2	%	酸素投与	L/分	
呼吸	☐ 気管切開　☐ 吸引（　回／日　）				
排泄	方法	日中:　　夜間:			
	尿意		便意		
	動作		失禁		
	排便コントロール		最終排便日		
褥そう		部位・処置方法			
入浴		最終入浴日			
生活習慣	喫煙:　本　年間　飲酒:　g（アルコール換算）				
リハ施行	☐ PT　☐ OT　☐ ST				

伝達事項	最終交換日	サイズ	種類
留置カテーテル			
鼻腔・胃ろう			
気管切開			
その他			

退院時　日常生活機能評価		得点
床上安静の指示		
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる		
寝返り		
起き上がり		
座位保持		
移乗		
移動方法		
口腔清潔		
食事摂取		
衣服の着脱		
他者への意思の伝達		
診療・療養上の指示が通じる		
危険行動		
	合計得点	0

・家族の患者に対するADL到達度に対する思い

・キーパーソン、家族の特徴（協力度、面会状況等）

・その他（フリー記載欄）

＊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：	