

脳卒中地域連携パス:連携シート(かかりつけ医→急性期病院)

	かかりつけ医	急性期病院
施設		
主治医	Ⓜ	

患者氏名		性別		生年月日		年齢	
診断名				発症日			

介護保険サービスの有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	在宅・施設	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
サービス利用	<input type="checkbox"/> 自宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 入所系サービス <input type="checkbox"/> その他( )		
担当ケアマネージャー	氏名:	事業所名:	

Modified Rankin Scale ひとつに〇 《評価日》 年 月 日 発症6ヶ月～1年	0	全く障害なし。
	1	症状はあるが特に問題となる障害はない。日常生活および活動は可能。
	2	軽度の障害。以前の活動は障害されているが、介助なしに自分のことができる。
	3	中程度の障害。何らかの介助を要するが、介助なしに自分のことができる。
	4	比較的高度の障害。歩行や日常生活に介助が必要。
	5	高度の障害。ベッド上の生活、失禁、常に介助が必要。
6	死亡。	

	患者の状況	得点		
		0点	1点	2点
日常生活機能評価	床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/>
	ど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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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(搬送を含む)	<input type="checkbox"/>
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	危険行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/>
	合計得点		点	
特記事項				

検査・所見など	
---------	--

カルテや検査結果のコピーの添付や診療情報提供書でも結構です。