

■埼玉県脳卒中地域連携パス【脳梗塞版】ver3.0

氏名 フリガナ ( )

診断名 脳梗塞(ラクナ梗塞 □アテローム血栓性脳梗塞 □心原性脳梗塞 □その他) (発症日:令和 年 月 日)  
手術(□無 □有 [内容:□血栓回収 □その他]) (手術日:令和 年 月 日)

※ mRS : modified Rankin Scale

急性期病院名( )				
経過	入院時	リハ開始時	退院時( 週)	転 帰
日付	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	mRS O I II III IV V
目標と最終結果	診断の確定	症状の増悪がない	内科一般状態の安定	
	治療方針の決定 急性増悪がない	早期リハビリの開始 再発予防	自宅生活可能とする状態まで改善・回復	⇒ □ 自宅退院
			リハビリ・介護サービスによって能力向上、自宅復帰が可能	⇒ □ 回復期 リハビリ病院・リハビリ病棟
			リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難	⇒ □ 老人保健施設
			継続した医療行為が必要	⇒ □ 療養型病院
治療 薬剤	常用薬の確認	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> シロスタゾール <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> リバーロキサパン <input type="checkbox"/> プラスグレル <input type="checkbox"/> アピキサパン <input type="checkbox"/> エドキサパン	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> シロスタゾール <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> リバーロキサパン <input type="checkbox"/> プラスグレル <input type="checkbox"/> アピキサパン <input type="checkbox"/> エドキサパン	コメント
検査	CT・MRI・MRA	血液検査・CT	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等	
リハビリ	リハビリ計画	リハビリ開始	日常生活活動拡大に向けたリハビリ	
清潔	清拭	清拭・シャワー	シャワー・入浴介助	入浴訓練
排泄	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導	排泄訓練
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事形態	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)	
説明・指導	診断・治療方針説明	MSW等と今後の方向性検討	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明	

急性期病院での所見等

かかりつけ医: □無 □有( )

既往

抗血栓薬投与: □無 □有( )

SSN利用: □無 □有

施設入所: □無 □有

介護保険: □無 □有 介護度:

脳卒中の危険因子: 高血圧 心房細動 心疾患 高脂血症 糖尿病 肥満 高尿酸血症

意識レベル JCS ※ 意識清明は0と記載する

上肢麻痺: □無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度

下肢麻痺: □無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度

言語機能障害: □無 □失語症 □構音障害

その他

意識レベル JCS ※ 意識清明は0と記載する

認知症(痴呆): □無 □有 □不明

高次脳機能障害: □無 □有 □不明

言語機能障害: □無 □失語症 □構音障害

視力、視野、眼球運動の問題: □無 □有( )

嚥下障害: □無 □有

上肢麻痺: □無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度

下肢麻痺: □無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度

感覚障害、異常感覚等の訴え: □無 □有( )

失調、錐体外路症状、立位バランス障害: □無 □有( )

急性期病院退院・転院時の機能状態

□気管切開 □吸引(頻度 /day) □褥創(部位)

ADL BI /100 あるいは FIM /126

床上安静の指示 □なし □あり

どちらかの手を胸元まで持ち上げられる □できる □できない

寝返り □できる □つかまれば可能 □できない

起き上がり □できる □できない

座位保持 □できる □支持があれば可能 □できない

移乗 □できる □監視・一部介助 □できない

移動 □できる □要介助

口腔清潔 □できる □できない

食事の摂取 □自立 □一部介助 □全介助( )

衣服の着脱 □できる □一部介助 □できない

他者への意思の伝達 □できる □できる時とできない時がある □できない

診療・療養上の指示が通じる □できる □できない

不隠・不眠・危険行為・問題行動 □無 □有( )

日常生活機能評価( /19点) 点

食事形態 □常食 □嚥下調整食(具体名 )

排泄動作 □自立 □監視 □要介助

排泄器具等 □バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ポータブルトイレ □洋式トイレ

入浴 □自立( ) □要介助 □非実施

家族に対する機能予後説明 □無 □有

説明医師

説明日 年 月 日

患者/家族サイン

性別 男・女 年齢 歳 住所 ( ) 電話番号 ( )

生年月日 M T S H 年 月 日 キーパーソン:

回復期の保険医療機関等の名称( )				
経過	入院・入所時	～退院・退所時( )	転 帰	生活期の保険医療機関等の名称
日付	令和 年 月 日	令和 年 月 日	mRS O I II III IV V	( )
目標と最終結果	日常生活活動拡大に向けたリハビリ	日常生活能力の獲得		外来診療開始 令和 年 月 日
	二次的合併症の予防 ケアプランの作成・社会資源の手配	自宅生活を可能とする状態まで改善・回復 ケアプランの作成、住宅改築等の完了	⇒ □ 自宅退院	介護サービス開始 令和 年 月 日
		自宅復帰の見込みがある	⇒ □ 老人保健施設	自宅生活の継続 再発予防 機能維持
		リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難	⇒ □ 介護施設	自宅復帰支援、再発予防・機能維持
			継続した医療行為が必要	⇒ □ 療養型病院
治療 薬剤	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> シロスタゾール <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> リバーロキサパン <input type="checkbox"/> プラスグレル <input type="checkbox"/> アピキサパン <input type="checkbox"/> エドキサパン	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> シロスタゾール <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> リバーロキサパン <input type="checkbox"/> プラスグレル <input type="checkbox"/> アピキサパン <input type="checkbox"/> エドキサパン	コメント	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> シロスタゾール <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> リバーロキサパン <input type="checkbox"/> プラスグレル <input type="checkbox"/> アピキサパン <input type="checkbox"/> エドキサパン
検査	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等			必要に応じて諸検査
リハビリ	日常生活活動拡大に向けたリハビリ			生活期リハビリ
清潔	シャワー・入浴介助、入浴訓練	シャワー・入浴の自立		コメント 要介護: □1 □2 □3 □4 □5 要支援: □1 □2 ケアマネジャー:
排泄	床上またはトイレ誘導、排泄訓練	排泄の自立		【退院時基準】 ・在宅復帰 ・入所等の準備終了 ・障害改善の安定
食事	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)			
説明・指導	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明			

回復期の保険医療機関での機能状態

入院時 退院時

ADL BI /100 あるいは FIM /126 BI /100 あるいは FIM /126

床上安静の指示 □なし □あり □なし □あり

どちらかの手を胸元まで持ち上げられる □できる □できない □できる □できない

寝返り □できる □つかまれば可能 □できない □できる □つかまれば可能 □できない

起き上がり □できる □できない □できる □できない

座位保持 □できる □支持があれば可能 □できない □できる □支持があれば可能 □できない

移乗 □できる □監視・一部介助 □できない □できる □監視・一部介助 □できない

移動 □できる □要介助 □できる □要介助

口腔清潔 □できる □できない □できる □できない

食事の摂取 □自立 □一部介助 □全介助( ) □自立 □一部介助 □全介助( )

衣服の着脱 □できる □一部介助 □できない □できる □一部介助 □できない

他者への意思の伝達 □できる □できる時とできない時がある □できない □できる □できる時とできない時がある □できない

診療・療養上の指示が通じる □できる □できない □できる □できない

不隠・不眠・問題行動等 □無 □有( ) □無 □有( )

日常生活機能評価 点 点

食事形態 □常食 □嚥下調整食(具体名 ) □常食 □嚥下調整食(具体名 )

排泄動作 □自立 □監視 □要介助 □自立 □監視 □要介助

排泄器具等 □バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ポータブルトイレ □洋式トイレ □バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ポータブルトイレ □洋式トイレ

入浴 □自立( ) □要介助 □非実施 □自立( ) □要介助 □非実施

特記すべき事項

説明医師

説明日 年 月 日

患者/家族サイン

障害高齢者の日常生活自立度: 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

生活期の保険医療機関での機能状態

初回受診時

BI /100 あるいは FIM /126

□なし □あり

□できる □できない

□できる □つかまれば可能 □できない

□できる □できない

□できる □支持があれば可能 □できない

□できる □監視・一部介助 □できない

□できる □要介助

□できる □できない

□自立 □一部介助 □全介助( )

□できる □一部介助 □できない

□できる □できる時とできない時がある □できない

□無 □有( )

日常生活機能評価 点

□常食 □嚥下調整食(具体名 )

□自立 □監視 □要介助

□バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ポータブルトイレ □洋式トイレ

□自立( ) □要介助 □非実施

特記事項

説明医師

説明日 年 月 日

患者/家族サイン

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳出血版] ver3.0

氏名 (フリガナ) ( )

性別 男・女 年齢 歳 住所 ( )

電話番号 ( )

診断名 □脳出血 □くも膜下出血 (発症日:令和 年 月 日) 手術(□無 □有[内容: ]) (手術日:令和 年 月 日)

生年月日 M T S H 年 月 日

キーパーソン: ( )

※ mRS : modified Rankin Scale

急性期病院名 ( )			
経過	入院時	リハ開始時	退院時(週)
日付	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
目標と最終結果	診断の確定	症状の増悪がない	内科一般状態の安定
	治療方針の決定 急性増悪がない	早期リハビリの開始 再発予防	自宅生活可能とする状態まで改善・回復 ⇒ □自宅退院
			リハビリ・介護サービスによって能力向上、自宅復帰が可能 ⇒ □回復期リハビリ病院・リハビリ病棟
			リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難 ⇒ □老人保健施設
			リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難 ⇒ □介護施設
継続した医療行為が必要 ⇒ □療養型病院			
治療/薬剤	常用薬の確認		コメント
検査	CT・MRI・MRA	血液検査・CT	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等
リハビリ	リハビリ計画	リハビリ開始	日常生活活動拡大に向けたリハビリ
清潔	清拭	清拭・シャワー	シャワー・入浴介助 入浴訓練
排泄	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導	床上またはトイレ誘導 排泄訓練
食事	飲水・食事	状態に合わせた食事形態	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)
説明・指導	診断・治療方針説明	MSW等と今後の方向性検討	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明

回復期の保険医療機関等の名称 ( )			
経過	入院・入所時	～退院・退所時( )	転帰
日付	令和 年 月 日	令和 年 月 日	mRS O I II III IV V
目標と最終結果	日常生活活動拡大に向けたリハビリ	日常生活能力の獲得	
	二次的合併症の予防 ケアプランの作成・社会資源の手配	自宅生活を可能とする状態まで改善・回復 ケアプランの作成、住宅改築等の完了 ⇒ □自宅退院	
		自宅復帰の見込みがある ⇒ □老人保健施設	
		リハビリ・介護サービスを組み合わせても自宅生活が困難 ⇒ □介護施設	
		継続した医療行為が必要 ⇒ □療養型病院	
治療/薬剤			コメント
検査	必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等		
リハビリ	日常生活活動拡大に向けたリハビリ		
清潔	シャワー・入浴介助、入浴訓練	シャワー・入浴の自立	
排泄	床上またはトイレ誘導、排泄訓練	排泄の自立	
食事	状態に合わせた食事形態(摂食・嚥下訓練)		
説明・指導	退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明		

生活期の保険医療機関等の名称 ( )	
外来診療開始	令和 年 月 日
介護サービス開始	令和 年 月 日
自宅生活の継続 再発予防 機能維持	
自宅復帰支援、再発予防・機能維持	
施設内生活の継続 再発予防 機能維持	
再発予防・機能維持	
必要に応じて諸検査	
生活期リハビリ	
コメント 要介護: □1 □2 □3 □4 □5 要支援: □1 □2 ケアマネジャー: ( )	

急性期病院での所見等	
かかりつけ医: □無 □有 ( )	
既往	
抗血栓薬服用 □無 □有 ( )	
SSN利用 □無 □有	
施設入所 □無 □有	
介護保険 □無 □有 介護度: ( )	
脳卒中の危険因子 □高血圧 □心房細動 □心疾患 □高脂血症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症	
発症時所見	
意識レベル JCS ※意識清明はOと記載する	
上肢麻痺 □無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度	
下肢麻痺 □無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度	
その他	
退院時所見	
意識レベル JCS ※意識清明はOと記載する	
認知症(痴呆) □無 □有 □不明	
高次脳機能障害 □無 □有 □不明	
言語機能障害 □無 □失語症 □構音障害	
視力、視野、眼球運動の問題 □無 □有 ( )	
嚥下障害 □無 □有	
上肢麻痺 □無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度	
下肢麻痺 □無 □右 □左 □軽度 □中等度 □重度	
感覚障害、異常感覚等の訴え □無 □有 ( )	
失調、錐体外路症状、立位バランス障害 □無 □有 ( )	

急性期病院退院・転院時の機能状態	
□気管切開 □吸引(頻度 /day) □褥創(部位) ( )	
ADL BI /100 あるいは FIM /126	
床上安静の指示 □なし □あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる □できる □できない	
寝返り □できる □つかまれば可能 □できない	
起き上がり □できる □できない	
座位保持 □できる □支持があれば可能 □できない	
移乗 □できる □監視・一部介助 □できない	
移動 □できる □要介助	
口腔清潔 □できる □できない	
食事の摂取 □自立 □一部介助 □全介助 ( )	
衣服の着脱 □できる □一部介助 □できない	
他者への意思の伝達 □できる □できる時とできない時がある □できない	
診療・療養上の指示が通じる □できる □できない	
不隠・不眠・危険行為・問題行動 □無 □有 ( )	
日常生活機能評価( /19点) 点	
食事形態 □常食 □嚥下調整食(具体名) ( )	
排泄動作 □自立 □監視 □要介助	
排泄器具等 □ハルンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ホータブルトイレ □洋式トイレ	
入浴 □自立 ( ) □要介助 □非実施	
家族に対する機能予後説明 □無 □有	説明医師
家族、介護等の問題	説明日 年 月 日
	患者/家族サイン

回復期の保険医療機関での機能状態		
	入院時	退院時
ADL	BI /100 あるいは FIM /126	BI /100 あるいは FIM /126
床上安静の指示	□なし □あり	□なし □あり
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	□できる □できない	□できる □できない
寝返り	□できる □つかまれば可能 □できない	□できる □つかまれば可能 □できない
起き上がり	□できる □できない	□できる □できない
座位保持	□できる □支持があれば可能 □できない	□できる □支持があれば可能 □できない
移乗	□できる □監視・一部介助 □できない	□できる □監視・一部介助 □できない
移動	□できる □要介助	□できる □要介助
口腔清潔	□できる □できない	□できる □できない
食事の摂取	□自立 □一部介助 □全介助 ( )	□自立 □一部介助 □全介助 ( )
衣服の着脱	□できる □一部介助 □できない	□できる □一部介助 □できない
他者への意思の伝達	□できる □できる時とできない時がある □できない	□できる □できる時とできない時がある □できない
診療・療養上の指示が通じる	□できる □できない	□できる □できない
不隠・不眠・問題行動等	□無 □有 ( )	□無 □有 ( )
日常生活機能評価	点	点
食事形態	□常食 □嚥下調整食(具体名) ( )	□常食 □嚥下調整食(具体名) ( )
排泄動作	□自立 □監視 □要介助	□自立 □監視 □要介助
排泄器具等	□ハルンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ホータブルトイレ □洋式トイレ	□ハルンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ホータブルトイレ □洋式トイレ
入浴	□自立 ( ) □要介助 □非実施	□自立 ( ) □要介助 □非実施
特記すべき事項		説明医師
		説明日 年 月 日
障害高齢者の日常生活自立度: 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		患者/家族サイン
認知症高齢者の日常生活自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		

生活期の保険医療機関での機能状態	
	初回受診時
	BI /100 あるいは FIM /126
□なし □あり	
□できる □できない	
□できる □つかまれば可能 □できない	
□できる □できない	
□できる □支持があれば可能 □できない	
□できる □監視・一部介助 □できない	
□できる □要介助	
□できる □できない	
□自立 □一部介助 □全介助 ( )	
□できる □一部介助 □できない	
□できる □できる時とできない時がある □できない	
□できる □できない	
□無 □有 ( )	
日常生活機能評価	点
□常食 □嚥下調整食(具体名) ( )	
□自立 □監視 □要介助	
□ハルンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ホータブルトイレ □洋式トイレ	
□自立 ( ) □要介助 □非実施	
特記事項	説明医師
	説明日 年 月 日
	患者/家族サイン