

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳梗塞版] ver2.7

氏名 フリガナ ( )

性別 男・女 年齢 歳 住所 電話番号 ( )

診断名 脳梗塞(□ラクナ梗塞 □アテローム血栓性脳梗塞 □脳塞栓) (発症日:平成 年 月 日) 手術(□無 □有[内容: ]) (手術日:平成 年 月 日)

生年月日 M T S H 年 月 日

※ mRS : modified Rankin Scale

| 計画管理病院名( ) |                    |   |   |   |
|------------|--------------------|---|---|---|
| 経過         | 入院時                | リハ開始時   | 退院時(週)  | 転帰  |
| 日付         | 平成 年 月 日           | 平成 年 月 日  | 平成 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   | ⇒ □ 自宅退院<br>⇒ □ 回復期リハビリ病院・リハビリ病棟<br>⇒ □ 老人保健施設<br>⇒ □ 介護施設<br>⇒ □ 療養型病院 |
|            | 治療方針の決定<br>急性増悪がない | 早期リハビリの開始<br>再発予防   | 自宅生活可能とする状態まで改善・回復                                  |   |
|            |                    |   | 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                         |   |
|            |                    |   | 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                          |   |
|            |                    |   | 継続した医療行為が必要   |   |
| 治療薬剤       | 常用薬の確認             | 点滴(□オザグレル □アルガトロバン □エタラホン □t-PA)<br>内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □NOAC( ) □他( ) | 内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □NOAC( ) □他( ) | 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                             |   |

| 2段階目の保険医療機関等の名称( ) |   |   |   |  | 3段階目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  |  | 経過                 | 入院・入所時  | ～退院・退所時( )  | 転帰  |  |
| 日付                 | 平成 年 月 日  | 平成 年 月 日  | mRS O I II III IV V                       |  | 日付                 | 平成 年 月 日  | 平成 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   | ⇒ □ 自宅退院                                  |  | 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   | ⇒ □ 自宅退院                                  |  |
|                    | 二次的合併症の予防<br>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<br>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               | 内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □NOAC( ) □他( ) | 内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □NOAC( ) □他( ) | コメント                                      |  | 治療薬剤               | 内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □NOAC( ) □他( ) | 内服薬 □アスピリン □シロスタゾール □クロピドグレル □ワルファリン □NOAC( ) □他( ) | コメント                                      |  |
| 検査                 | 必要に応じて、血液検査・CT・MRI・エコー等                             |   |   |  | 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                                    |   |   |  | 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  |   |  | 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                                      |  |
| 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】<br>・在宅復帰<br>・入所等の準備終了<br>・障害改善の安定 |  | 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】<br>・在宅復帰<br>・入所等の準備終了<br>・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)                                |   |   |  | 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                             |   |   |  | 説明・指導              | 退院・転院後のリハビリ・服薬・栄養に関する説明                             |   |   |  |

計画管理病院での所見等

かかりつけ医: □無 □有( )  
既往  
脳卒中の危険因子 □高血圧 □不整脈 □心疾患 □高脂血症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症

計画管理病院退院・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( )                          |
| 食事形態                       | □常食 □嚥下調整食(具体名)                            |
| 衣服の着脱                      | □できる □一部介助 □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  |
| 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 □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                       | 説明日 年 月 日                                  |
| 患者/家族サイン                   |  |

2段階目の保険医療機関での機能状態

|   |  |  |
|---|--|--|
| ADL BI /100 あるいは FIM /126                   | 入院時  | 退院時  |
| 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( )                          |
| 食事形態  | □常食 □嚥下調整食(具体名)                            | □常食 □嚥下調整食(具体名)                            |
| 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                           |
| 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  |
| 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 □ホータブルトイレ □洋式トイレ | □バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □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 |  |  |

3段階目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( )                          |                       |
| □常食 □嚥下調整食(具体名)                            |                       |
| □できる □一部介助 □できない                           |                       |
| □できる □できない                                 |                       |
| □無 □有( )                                   |                       |
| 日常生活機能評価                                   | 点                     |
| □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 □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                                   |                       |

|                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| 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 |
| 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、單側感                | □無 □有( )              |
| 失調、錐体外路症状、立位バランス障害      | □無 □有( )              |

■埼玉県脳卒中地域連携パス[脳出血版] ver2.7

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:平成 年 月 日) □手術(□無 □有[内容: ]) (手術日:平成 年 月 日)

生年月日 M T S H 年 月 日

※ mRS : modified Rankin Scale

| 計画管理病院名 ( ) |                    |                   |                             |   |
|-------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|---|
| 経過          | 入院時                | リハ開始時             | 退院時(週)                      | 転帰  |
| 日付          | 平成 年 月 日           | 平成 年 月 日          | 平成 年 月 日                    | mRS<br>O I II<br>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                   | ⇒ □ 自宅退院<br>⇒ □ 回復期リハビリ病院・リハビリ病棟<br>⇒ □ 老人保健施設<br>⇒ □ 介護施設<br>⇒ □ 療養型病院 |
|             | 治療方針の決定<br>急性増悪がない | 早期リハビリの開始<br>再発予防 | 自宅生活可能とする状態まで改善・回復          |   |
|             |                    |                   | 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 |   |
|             |                    |                   | 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  |   |
|             |                    |                   | 継続した医療行為が必要                 |   |
| 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)        | 【転院・退院時基準】<br>・危機脱出<br>・全身状態の安定   |
| 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     |   |

| 2段階目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                  | 平成 年 月 日                      | 平成 年 月 日                                 | mRS<br>O I II<br>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                                | ⇒ □ 自宅退院<br>⇒ □ 老人保健施設<br>⇒ □ 介護施設<br>⇒ □ 療養型病院 | コメント                                      |
|                     | 二次的合併症の予防<br>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<br>ケアプランの作成、住宅改築等の完了 |   |   |
|                     |                               | 自宅復帰の見込みがある                              |   |   |
|                     |                               | 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               |   |   |
|                     |                               | 継続した医療行為が必要                              |   |   |
| 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                                    |   | 【退院時基準】<br>・在宅復帰<br>・入所等の準備終了<br>・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       |  |   |   |

| 3段階目の保険医療機関等の名称 ( )      |          |  |  |  |
|--------------------------|----------|--|--|--|
| 外来診療開始                   | 平成 年 月 日 |  |  |  |
| 介護サービス開始                 | 平成 年 月 日 |  |  |  |
| 自宅生活の継続<br>再発予防<br>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<br>再発予防<br>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                     |          |  |  |  |

計画管理病院での所見等

かかりつけ医: □無 □有 ( )

|    |   |
|----|---|
| 既往 | 脳卒中の危険因子 □高血圧 □不整脈 □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  |
| 言語機能障害 | □無 □失語症 □構音障害          |
| 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、単側感覚          | □無 □有 ( )              |
| 失調、錐体外路症状、立位バランス障害 | □無 □有 ( )              |

計画管理病院退院・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 ( )                         |
| 食事形態               | □常食 □嚥下調整食(具体名)                            |
| 衣服の着脱              | □できる □一部介助 □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  |
| 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

2段階目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 ( )                         |
| 食事形態               | □常食 □嚥下調整食(具体名)                            | □常食 □嚥下調整食(具体名)                            |
| 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                           |
| 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  |
| 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

3段階目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                      | BI /100 あるいは FIM /126                      |
| □なし □あり                                    | □なし □あり                                    |
| □できる □できない                                 | □できる □できない                                 |
| □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                        |
| □できる □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 □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 □監視・一部介助 □できない                        |
| □できる □要介助                                  | □できる □要介助                                  |
| □できる □できない                                 | □できる □できない                                 |
| □自立 □一部介助 □全介助 ( )                         | □自立 □一部介助 □全介助 ( )                         |
| □常食 □嚥下調整食(具体名)                            | □常食 □嚥下調整食(具体名)                            |
| □できる □一部介助 □できない                           | □できる □一部介助 □できない                           |
| □できる □できない                                 | □できる □できない                                 |
| □無 □有 ( )                                  | □無 □有 ( )                                  |
| 日常生活機能評価                                   | 点  |
| □自立 □監視 □要介助                               | □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 | □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                          | □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