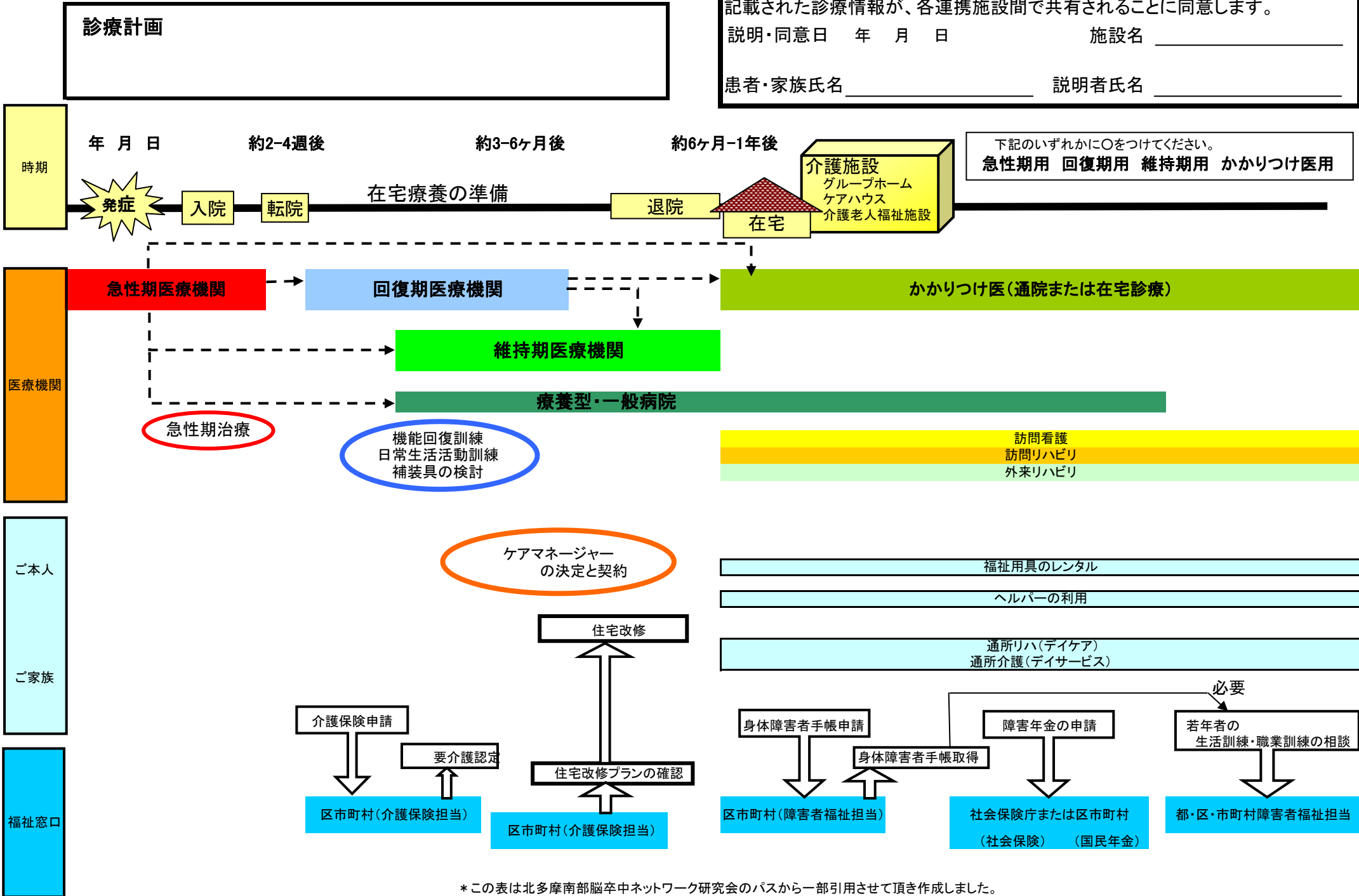


地域連携診療計画書 (Ver.2) 様

私は、下記の地域連携診療計画に関する説明を受けました。
 記載された診療情報が、各連携施設間で共有されることに同意します。
 説明・同意日 年 月 日 施設名 _____
 患者・家族氏名 _____ 説明者氏名 _____



*この表は北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会のパスから一部引用させて頂き作成しました。

地域連携診療計画書 (Ver.2)

急性期 (科) 病院

*既往歴・現病歴・内服薬・その他の情報等は各病院の紹介状書式にご記入下さい。(本書式に記載した項目の紹介状への記載不要です。)

患者氏名 様 (男性・女性) 生年月日 年 月 日 (歳)

診断名 脳梗塞 脳内出血 くも膜下出血 発症日 年 月 日 入院日 年 月 日
その他 手術日 年 月 日 退院日 年 月 日

治療 保存的(t-PA その他))、手術 ()

病巣部位 左 右 両側 多発性
ACA MCA PCA 皮質下 放線冠 被殻 視床 中脳 橋 延髄 小脳 その他 ()

障害名 左片麻痺 失語症 嚥下障害 膀胱直腸障害 その他 ()
右片麻痺 構音障害 高次脳機能障害 失調

合併症 高血圧 糖尿病 高脂血症 神経因性膀胱 その他 ()
狭心症 心房細動 誤嚥性肺炎 陳旧性心筋梗塞

感染症 HBV HCV MRSA MDRP 梅毒 その他 (部位:)

栄養 食事制限 kcal 経管栄養 (胃瘻、経鼻胃管) 中心静脈栄養

膀胱カテーテル 嚥下障害食 (ペースト キザミ 一口大 水分ロミ) 末梢静脈栄養

呼吸管理 常時留置 間欠導尿 ナイトバルーン 不要
 気管切開: 無 有 酸素投与: 無 有 喀痰吸引: 無 有 (回/日)

褥瘡 無 有 (部位:)

昼夜逆転 有 時々あり なし

徘徊 有 時々あり なし

抑制 常時必要 日中必要 夜間必要 不要
 (抑制種類: ミトン 体幹抑制 車椅子シートベルト センサー)

転倒 たびたびあり まれにあり なし

基本動作	申込日 (年 月 日) 計 点
寝返り	6 5 4 3 2 1
起き上がり	6 5 4 3 2 1
端座位	6 5 4 3 2 1
立ち上がり	6 5 4 3 2 1
立位	6 5 4 3 2 1

6点 完全自立 5点 修正自立(手や手すりを使用する場合)
 4点 監視・口頭修正 3点 部分介助
 2点 全介助 1点 禁止(安静度が解除されていない場合)

日常生活機能評価表	申込日 (年 月 日) 計 点	退院日 (年 月 日) 計 点
床上安静の指示	0 1	0 1
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0 1	0 1
寝返り	0 1 2	0 1 2
起き上がり	0 1	0 1
座位保持	0 1 2	0 1 2
移乗	0 1 2	0 1 2
移動方法	0 1	0 1
口腔清潔	0 1	0 1
食事摂取	0 1 2	0 1 2
衣服の着脱	0 1 2	0 1 2
他者への意思伝達	0 1 2	0 1 2
診療療養上の指示が通じる	0 1	0 1
危険行動	0 1	0 1

0:できる(介助なし) 1:できない(一部介助) 2:できない(全介助)

Barthel Index	申込日 (年 月 日) 計 点
食事	10 自立。自助具などの装着可。標準的時間内に食べ終える 5 部分介助(おかずを細かく刻む等) 0 全介助
移乗	15 自立。フレーキ・フットレストの操作を含む。歩行自立も含む。 10 軽度の部分介助または監視を要する 5 座ることは可能だがほぼ全介助 0 全介助または不可能
整容	5 自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 0 部分介助または不可能
トイレ動作	10 自立(衣服の操作、後始末を含む。P便器使用の洗浄を含む) 5 部分介助、体を支える。衣服、後始末に介助を要する 0 全介助または不可能
入浴	5 自立 0 部分介助または不可能
歩行	15 45m以上の歩行、補装具(車椅子・歩行器は除く)の使用の有無は問わず。 10 45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 5 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 0 上記以外
階段	10 自立。てすり等の使用の有無は問わない 5 介助または監視を要する 0 不能
着替え	10 自立。靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 0 上記以外
排便	10 失禁なし、洗腸・坐薬の取り扱いも可能 5 とくに失禁あり、洗腸・坐薬の取り扱いに介助を要する 0 上記以外
排尿	10 失禁なし、集尿器の取り扱いも可能 5 とくに失禁あり、集尿器の取り扱いに介助を要する 0 上記以外

NIHSS		
発症日(年 月 日)計 点	申込日(年 月 日)計 点	退院日(年 月 日)計 点
1a 意識水準 0 1 2 3	7 運動失調	0 1 2 9 (切断 関節癒合)
1b 意識障害-質問 0 1 2	8 感覚	0 1 2
1c 意識障害-従命 0 1 2	9 最良の言語	0 1 2 3
2 最良の注視 0 1 2	10 構音障害	0 1 2 9 (挿管 身体的障壁)
3 視野 0 1 2 3	11 消去減少と注意障害	0 1 2
4 顔面麻痺 0 1 2 3		
5 上肢の運動 (右) 0 1 2 3 4 9 (切断 関節癒合) (左) 0 1 2 3 4 9 (切断 関節癒合)		
6 下肢の運動 (右) 0 1 2 3 4 9 (切断 関節癒合) (左) 0 1 2 3 4 9 (切断 関節癒合)		

社会的背景

患者職業: _____
 経済状況: 問題なし 問題あり()
 同居家族: _____

主介護者: _____
 介護者状況: 問題なし 高齢 病弱 仕事あり 育児・介護等で多忙
 家屋: 戸建 マンション アパート 公営住宅 その他 ()
 階数: _____階 (エレベーター: 有 無)
 介護保険: 未申請 申請中 申請済み (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)

退院・転院基準

- 全身状態が安定し、重篤な合併症が無い。
- 身体・精神機能、日常生活動作能力の向上が
 - 期待できる
 - 期待できない
 - 高い
 - 低い
- 在宅環境整備、社会資源活用の必要性が
- 将来、(歩行能力獲得 車椅子移動 ベッド上生活) が予測される。

診療計画

自宅退院 → 外来: _____ 病院 _____ 科 _____
 転院(回復期リハビリテーション病院・療養型病院・一般病院・他 _____)
 施設(老人保健施設・老人ホーム・グループホーム・他 _____)

備考

地域連携診療計画書 (Ver.2)

回復期 病院

*既往歴・現病歴・内服薬・その他の情報等は各病院の紹介状書式にご記入下さい。(本書式に記載した項目の紹介状への記載不要です。)

患者氏名 **様** (男性・女性) 生年月日 年 月 日 (歳)

診断名 脳梗塞 脳内出血 くも膜下出血 発症日 年 月 日 入院日 年 月 日
その他 手術日 年 月 日 退院日 年 月 日

治療 保存的(□t-PA □その他)、手術()

病巣部位 左 右 両側 多発性

障害名 ACA MCA PCA 皮質下 放線冠 被殻 視床 中脳 橋 延髄 小脳 その他()

合併症 左片麻痺 失語症 嚥下障害 膀胱直腸障害 その他()
右片麻痺 構音障害 高次脳機能障害 失調
高血圧 糖尿病 高脂血症 神経因性膀胱 その他()
狭心症 心房細動 誤嚥性肺炎 陳旧性心筋梗塞

感染症 HBV HCV MRSA MDRP 梅毒 その他() 部位:

	入院時 (年 月 日)	退院時 (年 月 日)
栄養	<input type="checkbox"/> 食事制限 kcal <input type="checkbox"/> 経管栄養 (□胃瘻、□経鼻胃管)	<input type="checkbox"/> 食事制限 kcal <input type="checkbox"/> 経管栄養 (□胃瘻、□経鼻胃管)
膀胱カテーテル	<input type="checkbox"/> 嚥下障害食(□ペースト □キザミ □ロー大 □水分吐)	<input type="checkbox"/> 嚥下障害食(□ペースト □キザミ □ロー大 □水分吐)
呼吸管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養
褥瘡	<input type="checkbox"/> 常時留置 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> ナイトバルーン <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 常時留置 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> ナイトバルーン <input type="checkbox"/> 不要
昼夜逆転徘徊	気管切開: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 酸素投与: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 喀痰吸引: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回/日)	気管切開: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 酸素投与: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 喀痰吸引: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回/日)
抑制	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位)
転倒	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 常時必要 <input type="checkbox"/> 日中必要 <input type="checkbox"/> 夜間必要 <input type="checkbox"/> 不要 (抑制: □ミトン □体幹抑制□車椅子シートベルト □センサー)	<input type="checkbox"/> 常時必要 <input type="checkbox"/> 日中必要 <input type="checkbox"/> 夜間必要 <input type="checkbox"/> 不要 (抑制: □ミトン □体幹抑制□車椅子シートベルト □センサー)
	<input type="checkbox"/> たたたびあり <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> たたたびあり <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし

NIHSS	入院時 計 点	退院時 計 点

基本動作	入院時 計 点	退院時 計 点
	寝返り	6 5 4 3 2 1
起き上がり	6 5 4 3 2 1	6 5 4 3 2 1
端座位	6 5 4 3 2 1	6 5 4 3 2 1
立ち上がり	6 5 4 3 2 1	6 5 4 3 2 1
立位	6 5 4 3 2 1	6 5 4 3 2 1
6点 完全自立	5点 修正自立(手や手すりを使用する場合)	
4点 監視・口頭修正	3点 部分介助	
2点 全介助	1点 禁止(安静度が解除されていない場合)	

日常生活機能評価表		
	入院時 計 点	退院時 計 点
床上安静の指示	0 1	0 1
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0 1	0 1
寝返り	0 1 2	0 1 2
起き上がり	0 1	0 1
座位保持	0 1 2	0 1 2
移乗	0 1 2	0 1 2
移動方法	0 1	0 1
口腔清潔	0 1	0 1
食事摂取	0 1 2	0 1 2
衣服の着脱	0 1 2	0 1 2
他者への意思伝達	0 1 2	0 1 2
診療療養上の指示が通じる	0 1	0 1
危険行動	0 1	0 1

0:できる(介助なし) 1:できない(一部介助) 2:できない(全介助)

Barthel Index	入院時 計 点	退院時 計 点
	食事	10 10 自立。自動具などの装着可、標準的時間内に食べ終える
	0 0 全介助	
移乗	15 15 自立。ブレーキ・フットレストの操作を含む。歩行自立も含む。	10 10 軽度の部分介助または監視を要する
	5 5 座ることは可能だがほぼ全介助	0 0 全介助または不可能
整容	5 5 自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)	0 0 部分介助または不可能
トイレ動作	10 10 自立(衣服の操作、後始末を含む。P便器使用の洗浄を含む)	5 5 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する
	0 0 全介助または不可能	
入浴	5 5 自立	0 0 部分介助または不可能
歩行	15 15 45m以上の歩行、補装具(車椅子・歩行器は除く)の使用の有無は問わず。	10 10 45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む
	5 5 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能	0 0 上記以外
階段	10 10 自立。てすり等の使用の有無は問わない	5 5 介助または監視を要する
	0 0 不能	
着替え	10 10 自立。靴、ファスナー、装具の着脱を含む	5 5 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える
	0 0 上記以外	
排便	10 10 失禁なし、洗腸・坐薬の取り扱いも可能	5 5 ときに失禁あり、洗腸・坐薬の取り扱いに介助を要する
	0 0 上記以外	
排尿	10 10 失禁なし、集尿器の取り扱いも可能	5 5 ときに失禁あり、集尿器の取り扱いに介助を要する
	0 0 上記以外	

麻痺評価	入院時		退院時	
Brunnstrom Stage	上肢 I II III IV V VI	下肢 I II III IV V VI	上肢 I II III IV V VI	下肢 I II III IV V VI
STEF	右 点	左 点	右 点	左 点
握力	右 kg	左 kg	右 kg	左 kg
高次脳機能評価	入院時		退院時	
MMSE	点		点	
その他				

社会的背景

患者職業: _____
 経済状況: 問題なし 問題あり()
 同居家族: _____

主介護者: _____
 介護者状況: 問題なし 高齢 病弱 仕事あり 育児・介護等で多忙
 家屋: 戸建 マンション アパート 公営住宅 その他()
 階数: _____階 (エレベーター: 有 無)
 住宅改修: 必要なし 必要あり(□未 □済)
 介護保険: 未申請 申請中 申請済み(要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)
 身体障害者手帳: 未申請 申請中 申請済み(級)

退院・転院基準

目標の日常生活動作能力の獲得ができた。
 目標の日常生活動作能力まで到達していない。
 身体・精神機能・日常生活動作能力の変化が乏しい。
 在宅環境整備、在宅サービスの調整が終了した。

診療計画

自宅退院 → 外来: _____ 病院 _____ 科 _____
 転院(回復期リハビリテーション病院・療養型病院・一般病院・他)
 施設(老人保健施設・老人ホーム・グループホーム・他)

リハビリテーション継続(□あり □なし) 福祉サービスの利用予定(□あり □なし)

通院リハ(PT・OT・ST) 通所リハ(回/週・月) 通所リハ 訪問リハ
 市区町村の福祉センター 自主(家族介助)訓練 福祉用具(□電動ベッド □車椅子 □その他:)
 その他() 配食サービス 入浴サービス その他()

備考

