回復期患者基本情報

病院名：　主治医：　患者ID：　患者氏名：　☐ 男　☐ 女

回復期入院日：　年　月　日　回復期退院日：　年　月　日　（☐ 自宅退院　☐ 転院）

紹介元：　紹介元医師：　紹介先：

転帰：☐ 自宅退院　☐ 老人保健施設　☐ その他施設　☐ 療養型病院　☐ 別の回復期病院　☐（亜）急性期病院（☐ 脳卒中再発　☐ その他）　☐ 死亡

介護保険：☐ 未申請　☐ 申請中　☐ 取得（介護度：　）　追加食べ物アレルギー：☐ なし　☐ あり（　）

追加薬物アレルギー：☐ なし　☐ あり（　）

回復期退院時情報

●回復期退院時mRS：☐ 0：症状なし　☐ I：軽度の障害　☐ II：自力で身の回りができる　☐ III：自力歩行可（杖，装具含）　☐ IV：介助歩行　☐ V：寝たきり

●意識：☐ 清明　☐ I 桁　☐ II 桁　☐ III 桁　●高次脳機能障害：☐ なし　☐ 運動性失語　☐ 感覚性失語　☐ 全失語　☐ 病態失認　☐ 空間無視　☐ その他

●麻痺：☐ なし　☐ あり：☐ 右上肢（☐ 挙上不可　☐ 手開閉不可）　☐ 左上肢（☐ 挙上不可　☐ 手開閉不可）　☐ 右下肢（☐ 挙上不可）　☐ 左下肢（☐ 挙上不可）

●失調：☐ なし　☐ あり：☐ 体幹　☐ 右上肢　☐ 左上肢　☐ 右下肢　☐ 左下肢

回復期退院時治療

☐ 輸液あり：☐ 末梢　☐ 中心静脈（挿入日；　挿入部位；　）　☐ 酸素あり：　ℓ　☐ 経鼻　☐ マスク　☐ ふきながし

☐ 挿管あり（サイズ；☐ mm ☐ Fr 挿入日；　）　☐ 気切あり：サイズ；☐ mm ☐ Fr 次回交換日；　☐ 開窓　☐ 切開　☐ 喉摘

☐ 心電図モニター要　☐ SpO2モニター要（☐ 持続　☐ 適時；　）　☐ 嚥下性肺炎あり（☐ 既往　☐ 合併中）

☐ 経鼻胃管あり（サイズ；　Fr 挿入日；　）　☐ 胃瘻あり（サイズ；　Fr 次回交換日；　種類；　）

☐ 留置バルーンあり（サイズ；　Fr　挿入日；　）　☐ インスリンあり（内容；　）

☐ 再診あり（病院名；　科名；　担当医；　疾患名；　再診日；　）

（亜）急性期病院転院時のコメント（経過や検査所見などを記入）

回復期又は維持期（発症約3か月後）状態報告（記載日　年　月　日　／ 維持期の場合は医療機関名；　）

●維持期報告時mRS：☐ 0：症状なし　☐ I：軽度の障害　☐ II：自力で身の回りができる　☐ III：自力歩行可（杖，装具含）　☐ IV：介助歩行　☐ V：寝たきり　☐ VI：死亡

★上記「保険適用外」にチェックが付いていない場合、回復期および維持期施設は、該当箇所にご記入の上、P1～P3の複写を急性期病院病診連携室宛に戻してください。