

患者基本情報 病院名: _____ 入院日: _____ 年 月 日
 診療科名: _____ 主治医: _____ 退院日: _____ 年 月 日 患者ID: _____
 患者名: _____ 男 女 生年月日: _____ 年 月 日 発症日: _____ 年 月 日
 かかりつけ医: _____ 紹介先: _____
 薬物アレルギー: なし あり(_____)
 食べ物アレルギー: なし あり(_____)
 体内金属: なし あり(MR撮像可 MR撮像不可 金属内容: _____)

脳卒中病型 くも膜下出血: 脳動脈瘤 血管奇形 解離 その他の原因:(_____)
 脳梗塞: ラクナ アテローム BAD 心原性 奇異性 解離 その他の原因:(_____)
 脳内出血: 高血圧性 脳アミロイド 血管奇形 その他の原因:(_____)
 その他の脳卒中:(疾患名: _____)

脳卒中画像診断 ●病巣: 右半球 左半球 小脳 脳幹 単発 多発 不明
 ●頭蓋外動脈高度狭窄: なし あり 不明 治療済み ●頭蓋内動脈高度狭窄: なし あり 不明 治療済み
 ●水頭症: なし あり 不明 治療済み ●脳動脈瘤: なし あり 不明 治療済み

脳卒中危険因子 高血圧 脂質異常症 糖尿病(内服 インスリン) 慢性腎臓病 不整脈 冠動脈疾患 その他心疾患
 喫煙 飲酒 脳卒中家族歴 脳梗塞既往 脳出血既往 その他(_____)

脳卒中推奨薬剤(退院後追加処方も含む) シロスタゾール クロピドグレル アスピリン ダビガトラン アピキサバン エドキサバン リバーロキサバン
 ワルファリン(PT-INR: _____ ~ _____) ARB ACE-I Ca拮抗薬 利尿薬 スタチン DHA・EPA/EPA その他(_____)
 抗てんかん薬(_____) その他(_____)

紹介時情報 ●最終血圧目標: 脳卒中ガイドラインと同じ その他(_____)
 ●発症前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
 ●急性期退院時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
 ●麻痺: なし あり: 右上肢(拳上不可 手開閉不可) 左上肢(拳上不可 手開閉不可) 右下肢(拳上不可) 左下肢(拳上不可)
 ●失調: なし あり: 体幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢

紹介時治療 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
 留置バルーンあり(サイズ: _____ Fr 挿入日: _____) インスリンあり(内容: _____)
 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: _____)
 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)
 再診あり(病院名: _____ 科名: _____ 担当医: _____ 疾患名: _____ 再診日: _____)

★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。