

栃木県脳卒中医療介護連携手帳

(脳卒中循環型クリティカルパス)

〈Ver1.0〉

一般社団法人栃木県医師会

●患者名 _____ 様

●生年月日: T S H 年 月 日 (歳) 男 女

●診断名: _____ ●発症: 年 月 日


●住所: _____ ●電話番号: _____ ※かかりつけ医記入

	急性期	回復期	維持期(かかりつけ医)
医療機関名			
医師名			
退院日	年 月 日	年 月 日	初診 年 月 日

自宅環境 平屋 2階建 周辺状況 市街地 山間地 家族・生活歴 独居 家族同居

脳卒中 既往歴	<input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> 再発	その他の 既往歴	
※再発の場合は再発歴を記載して下さい。		※心筋梗塞など	

退院時サマリー(継続が必要な項目を記載。訪問看護・訪問リハビリは別書式)

血圧	/	麻痺	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不全 <input type="checkbox"/> 完全麻痺
心房細動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Paf	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> その他
睡眠時無呼吸	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 軽度あり <input type="checkbox"/> 無
LDLコレステロール		認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
HbA1c <input type="checkbox"/> NGSP <input type="checkbox"/> JDS	<input type="checkbox"/> eGFR <input type="checkbox"/> Cr(CG法)	問題行動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間
INR	管理目標 ~	てんかん発作頻度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> しばしば
栄養状態	体重: kg	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 難聴
	BMI: Alb: g/dl	<input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 視野障害(右・左同名半盲)	
画像所見 MRI・MRA・CT等	 <p>※詳細について、必要に応じて記入をお願いします。</p>		

リハビリ記入

ADL状況 移動: 車椅子 自立歩行 介助歩行 トイレ: 自立 介助
更衣: 自立 介助 入浴: 自立 介助

継続必要なリハビリ 要 担当者 PT: OT: ST:
不要 別書式: 有 無

看護師記入

継続必要な看護内容(担当者:)

●チューブ管理: 膀胱バルーン 気管カニューレ 胃ろう 経鼻栄養

●服薬管理: 要 不要

●褥瘡: 仙骨 大転子 その他 []

●排泄管理: 便秘 頻尿 その他 []

●食形態: 常食 粥 きざみ 軟菜 ミキサー 水分とろみ その他 []

●口腔ケア: 要 不要

病院名

年 月 日

かかりつけ医記入(ご使用の手帳があればそちらを使用してください。)

危険因子のコントロール状況

	目標(医師記載欄)	/	/	/	/
血圧	/ mmHg 以下	/	/	/	/
糖尿病	①HbA1c(NGSP値) 以下 ②FBS 以下	① ②	① ②	① ②	① ②
脂質異常症	①T-chol 以下 ②LDL-c 以下	① ②	① ②	① ②	① ②
ワルファリン	INR 投与量				
たばこ	<input type="checkbox"/> 禁煙しましょう	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙
お酒	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール1日____本以内にしましょう	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール
食事 運動 その他	<input type="checkbox"/> _____kcal以内の食事をしましょう <input type="checkbox"/> 腹八分目ぐらいの食事をしましょう <input type="checkbox"/> 汗をかく程度の運動をしましょう <input type="checkbox"/> 体重を_____kgまで減らしましょう <input type="checkbox"/> 水分を_____cc程度とりましょう	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分

	/	/	/	/	/	/	/
血圧	/	/	/	/	/	/	/
糖尿病	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②
脂質異常症	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②
ワルファリン							
たばこ	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙
お酒	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール
食事 運動 その他	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分

かかりつけ医記入(ご使用の手帳があればそちらを使用してください。)

危険因子のコントロール状況

	/	/	/	/	/	/	/
血圧	/	/	/	/	/	/	/
糖尿病	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②
脂質異常症	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②
ワルファリン							
たばこ	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙
お酒	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール
食事 運動 その他	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分

	/	/	/	/	/	/	/
血圧	/	/	/	/	/	/	/
糖尿病	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②
脂質異常症	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②
ワルファリン							
たばこ	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙
お酒	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール
食事 運動 その他	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分

かかりつけ医記入(ご使用の手帳があればそちらを使用してください。)

危険因子のコントロール状況

	/	/	/	/	/	/	/
血圧	/	/	/	/	/	/	/
糖尿病	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②
脂質異常症	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②
ワルファリン							
たばこ	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙
お酒	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール
食事 運動 その他	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分

	/	/	/	/	/	/	/
血圧	/	/	/	/	/	/	/
糖尿病	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②
脂質異常症	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②
ワルファリン							
たばこ	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 禁煙
お酒	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール	<input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 缶ビール
食事 運動 その他	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分	<input type="checkbox"/> 食事(カロリー) <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 汗かく運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 水分

抗血栓薬(血液をサラサラにする薬)服用中の方へ

【効能について】

脳梗塞の予防をする薬です。中でもワルファリンは血液検査で効き目を確かめながら、飲む量を決めます。効きが悪いと脳梗塞を起こしますし、効き過ぎると出血しやすくなります。

【内服について】

内服を自己判断で中断しないで下さい。

抜歯、内視鏡、手術などで中断するように言われた場合には、必ずかかりつけ医にご相談下さい。止めなくてもよい場合や、対処法があります。

【食べ物の注意】(ワルファリン)

納豆、クロレラ、野菜ジュースはワルファリンの効き目を低下させますので、食べないで下さい。また多量の緑黄色野菜の摂取も影響します。健康食品などはどのような影響があるか分かりませんので、原則的に避けて下さい。

【併用薬の注意】

抗生物質、鎮痛剤、抗結核薬など影響のある薬はたくさんあります。必ず新たに薬を飲まなければならないときは、抗血栓薬の服用中であることを告げて下さい。

【出血の注意】

便の色が急に真っ黒になったり、コーヒー色のものを嘔吐したときは、胃腸の出血が疑われますのですぐに病院に連絡して下さい。鼻血・皮下出血(青あざ)・目の白い部分の出血は、必ずしも薬が効きすぎているサインではありませんので、まず病院に電話で相談して下さい。

検査データ添付用

検査データ添付用

- その他の原因()]
 その他の原因()]
 奇異性 解離 その他の原因()]

/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

医療・介護 連絡先 一覧

所属						
職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 介護事業所	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> その他()		
氏名						
TEL	開始日付			年	月	日
FAX	交代日付			年	月	日

所属						
職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 介護事業所	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> その他()		
氏名						
TEL	開始日付			年	月	日
FAX	交代日付			年	月	日

所属						
職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 介護事業所	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> その他()		
氏名						
TEL	開始日付			年	月	日
FAX	交代日付			年	月	日

所属						
職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 介護事業所	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> その他()		
氏名						
TEL	開始日付			年	月	日
FAX	交代日付			年	月	日

所属						
職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 介護事業所	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> その他()		
氏名						
TEL	開始日付			年	月	日
FAX	交代日付			年	月	日

医療・介護 連絡先 一覧

所属						
職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 介護事業所	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> その他()		
氏名						
TEL	開始日付			年	月	日
FAX	交代日付			年	月	日

所属						
職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 介護事業所	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> その他()		
氏名						
TEL	開始日付			年	月	日
FAX	交代日付			年	月	日

所属						
職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 介護事業所	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> その他()		
氏名						
TEL	開始日付			年	月	日
FAX	交代日付			年	月	日

所属						
職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 介護事業所	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> その他()		
氏名						
TEL	開始日付			年	月	日
FAX	交代日付			年	月	日

所属						
職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 介護事業所	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> その他()		
氏名						
TEL	開始日付			年	月	日
FAX	交代日付			年	月	日

医療・介護 連絡帳

(通院・通所毎の連絡に使用してください。)

発信元



あて先

所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー 氏名 <連絡・依頼事項> 年 月 日	所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 全員 氏名 <回答内容> 年 月 日
所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー 氏名 <連絡・依頼事項> 年 月 日	所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 全員 氏名 <回答内容> 年 月 日
所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー 氏名 <連絡・依頼事項> 年 月 日	所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 全員 氏名 <回答内容> 年 月 日
所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー 氏名 <連絡・依頼事項> 年 月 日	所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 全員 氏名 <回答内容> 年 月 日

医療・介護 連絡帳

(通院・通所毎の連絡に使用してください。)

発信元



あて先

所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー 氏名 <連絡・依頼事項> 年 月 日	所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 全員 氏名 <回答内容> 年 月 日
所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー 氏名 <連絡・依頼事項> 年 月 日	所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 全員 氏名 <回答内容> 年 月 日
所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー 氏名 <連絡・依頼事項> 年 月 日	所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 全員 氏名 <回答内容> 年 月 日
所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー 氏名 <連絡・依頼事項> 年 月 日	所属 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 全員 氏名 <回答内容> 年 月 日

退院時の日常生活状況

評価者

杖 装具 車椅子 歩行器

項目	評価基準		点数	退院時
食事	自立	標準的時間内で 自助具装着も可	10	<input type="checkbox"/> 10
	部分介助	おかずを切る、食器を持たせるなど	5	<input type="checkbox"/> 5
	全介助		0	<input type="checkbox"/> 0
移乗動作	自立	ブレーキ、足台操作も含む	15	<input type="checkbox"/> 15
	部分介助	見守りや軽い介助	10	<input type="checkbox"/> 10
	全介助	座る事のみ可能、その他全介助	5	<input type="checkbox"/> 5
	不能		0	<input type="checkbox"/> 0
整容	自立	洗面、整髪、歯磨き、髭剃り	5	<input type="checkbox"/> 5
	部分介助または全介助		0	<input type="checkbox"/> 0
トイレ動作	自立	衣服の操作、後始末、ポータブルの洗浄も含む	10	<input type="checkbox"/> 10
	部分介助	体を支える、服の操作、後始末に介助	5	<input type="checkbox"/> 5
	全介助		0	<input type="checkbox"/> 0
入浴	自立		5	<input type="checkbox"/> 5
	部分介助または全介助		0	<input type="checkbox"/> 0
歩行	45m以上歩ける(杖、装具は◎、車椅子、歩行器は×)		15	<input type="checkbox"/> 15
	歩行器を使えば45m以上歩ける		10	<input type="checkbox"/> 10
	歩けない。車椅子なら45m以上移動できる		5	<input type="checkbox"/> 5
	上記以外		0	<input type="checkbox"/> 0
階段	自立	手すりを使用は◎	10	<input type="checkbox"/> 10
	部分介助	見守りや軽い介助	5	<input type="checkbox"/> 5
	不能		0	<input type="checkbox"/> 0
着替え	自立	靴、ファスナー、装具の着脱含む	10	<input type="checkbox"/> 10
	部分介助	標準的な時間内で 半分以上は自分でできる	5	<input type="checkbox"/> 5
	全介助	上記以外	0	<input type="checkbox"/> 0
排便	失禁なし	座薬浣腸も可能	10	<input type="checkbox"/> 10
	時に失禁有	座薬浣腸介助	5	<input type="checkbox"/> 5
	上記以外		0	<input type="checkbox"/> 0
排尿	失禁なし	集尿器の取り扱いも可能	10	<input type="checkbox"/> 10
	時に失禁有	集尿器も介助	5	<input type="checkbox"/> 5
	上記以外		0	<input type="checkbox"/> 0

在宅での生活機能維持、向上のための留意事項

新たな障害を持った患者さんが、自宅での生活を定着させるため、退院後3ヵ月は不安定となり、特に支援が必要な時期です。もし退院時に比べ、上記項目で著しく点数が低下した場合は“かかりつけ医”にご相談下さい。
また、自宅生活中に肺炎、尿路感染、腰痛等で治療上必要な安静のため低下する場合があります。

日常生活状況の在宅での変化

月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

特記事項

メ 毛