

【患者様 診療情報提供書 兼 経過報告書】

脳卒中連携パス(急性期・回復期→在宅)1/2

紹介先医療機関等	科	御侍史	紹介元医療機関 名称: 0	所在地: 0	電話番号: 0	医師氏名:
紹介目的	リハビリテーション					

フリガナ	0	性別	生年月日	年齢
氏名	0	#REF!	1900年1月0日	生 0
診断名			既往症	
感染症	HCV	HB	アレルギー	
	MRSA	ワ氏		
	緑膿菌		入院日	入院日
			手術日	術式

現病歴:

医師

処方内容:

抗血小板薬
 プレタールOD バイアスピリン
 プラビックス バナルジン

抗凝固薬
 ブラザキサ エリキュース イグザレト
 ワーファリン (PT-INR=)

抗血小板薬 【血中濃度 μg/mL】
 アレピアチン テグレート その他 ()
 デバケン フェノバル

経腸栄養
 ラコールNF
 ツインラインNF
 その他 ()

管理方法 自己管理 介護者管理 家族管理 一包化

経過・在宅療養での注意点など

NIHSS 0 /42 mRS Barthel Index 0 /100

JCS:

寝たきり度: ランク 痴呆老人自立度 ランク

合併症:

認知症: MMSE 0 /30点 長谷川式 0

監視: 抑制:

対処方法:

栄養投与: 白湯量 cc PEG Fr

カロリーkcal 製剤名 種類

気管切開: Fr 喀痰吸引回数

褥瘡: 部位 酸素 L

ADL動作: BI 未全一見自立 コメント

トランスファー

平地歩行

階段昇降

食事

排尿コントロール

排便コントロール

トイレ動作

整容

入浴

衣服着脱

合計 0

リハ期間: ~

MSW 記載者

介護保険 申請日 社会資源

居宅介護支援事業所/ケアマネジャー(連絡先)

本人の希望:

家族の希望:

家族構成/キーパーソン

方向性と課題(介護力・住環境・経済状況等)

日常生活機能評価表 合計 0

患者の状況 得点

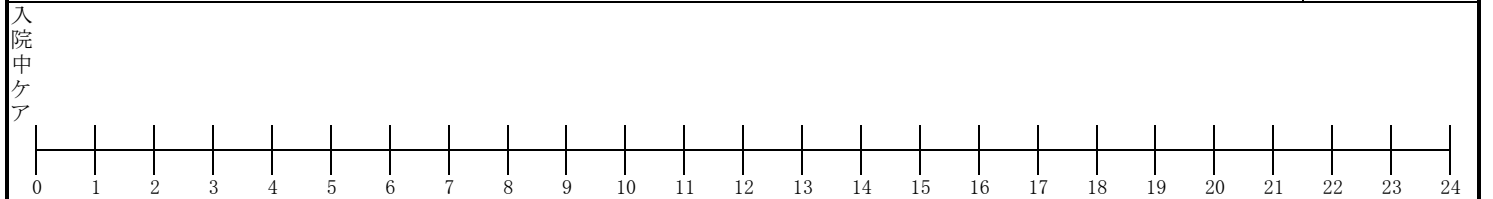
床上安静の指示	移動方法	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	口腔清潔	
寝返り	食事摂取	
起き上がり	衣服の着脱	
座位保持	他者への意思の伝達	
移乗	診療・療養上の指示が通じる	
	危険行動	

医師記載欄 看護師記載欄 セラピスト記載欄 MSW記載欄 薬剤師記載欄

リハビリ	PT	これまでの訓練目標と見込み	補助具と装具(今後の修正)
	OT		在宅で継続すること/回避すべきこと(過介助)
	ST		必要なリハサービス/機能低下時のリハビリ相談先

障害	失見当識	<input type="checkbox"/> 目付がわからない <input type="checkbox"/> 家族の名前がわからない <input type="checkbox"/> 自分の居場所がわからない	難聴	<input type="checkbox"/> (右 左) 側耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 補聴器使用
	運動麻痺	<input type="checkbox"/> (右 左) (上肢 下肢) の力が入らない <input type="checkbox"/> 麻痺側の介助が必要	失語	<input type="checkbox"/> 言いたいことを言葉に出来ない <input type="checkbox"/> 言葉を理解できない
	失調	<input type="checkbox"/> 歩行時にふらつく <input type="checkbox"/> 立ってられない	構音障害	<input type="checkbox"/> 呂律がまわらない <input type="checkbox"/> 他人に聞き取れない
	感覚障害	<input type="checkbox"/> (右 左) 側の感覚が鈍い	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 食事をむせる
	半側空間無視	<input type="checkbox"/> (右 左) 側の刺激に関心・注意が向かない	記憶力障害	<input type="checkbox"/> 直近のことを忘れる
	半盲	<input type="checkbox"/> (右 左) 半分が見えない	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 家族とのみ <input type="checkbox"/> 不可能
視力	<input type="checkbox"/> (右 左) 側眼が見えにくい	問題行動		
		FIM		/126

退院時カンファレンス	日時	参加者
		<input type="checkbox"/> :人 <input type="checkbox"/> :族 <input type="checkbox"/> :師 <input type="checkbox"/> :護師 <input type="checkbox"/> :SW <input type="checkbox"/> :アマネジャー <input type="checkbox"/> :T <input type="checkbox"/> :T <input type="checkbox"/> :T <input type="checkbox"/> :剤師 <input type="checkbox"/> :養士 <input type="checkbox"/> の他



		月	火	水	木	金	土	日
サービス	午前							
	午後							
	ご家族							

短期目標		説明日	外泊 (家屋調査)	退院 カンファ	退院日
長期目標		予定			
急変時の病院連絡先	在宅かかりつけ医	実績			