

滋賀県脳卒中地域連携パス 【基本情報・経過記録】

* 診療情報提供書として使用する場合は、「傷病名」「紹介目的」「既往歴及び家族歴」「症状経過及び検査結果」「治療経過」「現在の処方」の記載が必須です。

フリガナ		性別	生年月日	年齢	職業
氏名	様				
住所				電話	

達成度	ステップ1 (ADL全介助レベル)	ステップ2 (ベッド上動作レベル)		ステップ3 (車いすレベル)		ステップ4 (歩行可能レベル)		ステップ5 (応用歩行レベル)		発症前 ステップ
	<input type="checkbox"/> ベッド上臥床	<input type="checkbox"/> 寝返り	開始日:	<input type="checkbox"/> 車椅子移乗	開始日:	<input type="checkbox"/> 歩行器歩行	開始日:	<input type="checkbox"/> 階段昇降	開始日:	【 最終到達 ステップ 】
<input type="checkbox"/> ギャッジ座位	介助度:	<input type="checkbox"/> 起き上がり	開始日:	介助度:	<input type="checkbox"/> 車椅子駆動	開始日:	介助度:	<input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 四点杖	開始日:	
	介助度:	<input type="checkbox"/> 端座位	開始日:	介助度:	<input type="checkbox"/> 起立~立位	開始日:	介助度:	<input type="checkbox"/> 屋外歩行	開始日:	
	介助度:			介助度:	<input type="checkbox"/> 独歩	開始日:	介助度:			

発症前 または 急性期入院前情報

家族構成: ()人暮らし

(家系図記載)

キーパーソン:

【ADL】

食事: 無 有 ()

排泄: 無 有 ()

更衣: 無 有 ()

入浴: 無 有 ()

移動: 無 有 ()

【嗜好】

飲酒: 無 有 ()

喫煙: 無 有 ()

【自宅概要】

住居形態: 一戸建て 集合住宅

階段: 無 有

エレベーター: 無 有

手すり: 無 有

寝具: たたみ・布団 ベッド

トイレ: 洋式 和式

介護認定: あり なし

手帳: あり なし

障害高齢者日常生活自立度: あり なし

認知症高齢者日常生活自立度: あり なし

担当ケアマネージャー:

かかりつけ医:

紹介医:

【評価指標の記入】必須項目「◎」、任意項目「○」

(日付)	NIHSS	BI	FIM	日常生活機能評価	mRS
	急性期				
入院前		○			◎
入院時	◎	○	○	◎###	
退院時	◎	○	○	◎###	◎
回復期					
入院時	◎	○	◎	◎	◎
1ヶ月			○		
2ヶ月			○		
3ヶ月			○		
4ヶ月			○		
5ヶ月			○		
退院時	◎	○	◎	◎	◎
維持期1					
入院時	○	○	○	◎	◎
6ヶ月		○	○		
9ヶ月		○	○		
退院・終了時	○	○	○	◎	◎
維持期2					
開始時	○	○	○	◎	◎
終了時	○	○	○	◎	◎

回復期 [1, 2, 3, 4, 5ヶ月は、各病院入院後の期間]

維持期1 [6, 9ヶ月は、各病院・施設に入院入所後の期間]

【備考 自由記載】

コメント

記載年月日: <input type="checkbox"/> 施設名: <input type="checkbox"/>	記載年月日: <input type="checkbox"/> 施設名: <input type="checkbox"/>
職種: <input type="checkbox"/> 氏名: <input type="checkbox"/>	職種: <input type="checkbox"/> 氏名: <input type="checkbox"/>
記載年月日: <input type="checkbox"/> 施設名: <input type="checkbox"/>	記載年月日: <input type="checkbox"/> 施設名: <input type="checkbox"/>
職種: <input type="checkbox"/> 氏名: <input type="checkbox"/>	職種: <input type="checkbox"/> 氏名: <input type="checkbox"/>
記載年月日: <input type="checkbox"/> 施設名: <input type="checkbox"/>	記載年月日: <input type="checkbox"/> 施設名: <input type="checkbox"/>
職種: <input type="checkbox"/> 氏名: <input type="checkbox"/>	職種: <input type="checkbox"/> 氏名: <input type="checkbox"/>
記載年月日: <input type="checkbox"/> 施設名: <input type="checkbox"/>	記載年月日: <input type="checkbox"/> 施設名: <input type="checkbox"/>
職種: <input type="checkbox"/> 氏名: <input type="checkbox"/>	職種: <input type="checkbox"/> 氏名: <input type="checkbox"/>