

実践！多職種による模擬退院カンファレンス (20160214) レジメ

【部会】 医師・歯科医師部会 【時間】 9:50～11:50 【会場】 第2会場

【テーマ】 脳梗塞後誤嚥性肺炎患者さんへのアプローチを考える

【目標】 医療機関と在宅の接点のひとつに退院時カンファレンスがある。今回、入退院を繰り返す可能性のある症例を検討対象とし、在宅と入院の間で、お互いの施設・職種についての役割・考え方の理解を促す。この体験を通して、地区おける顔の見える関係づくりのため、参加者が各地区に戻り、同様の会を開催するきっかけとする。

【事例検討内容】 脳卒中患者さんの在宅療養中の大きな課題のひとつ、誤嚥性肺炎をテーマとする。退院に向けて在宅での生活を始めるにあたり、再入院を防ぐ視点を多職種が共有し、それぞれの専門的立場から、ケースの在宅生活の課題等を踏まえアセスメントを共有し、連携の図り方を検討する。

【タイムスケジュール】 総合司会：千葉大学医学部附属病院教授 藤田伸輔

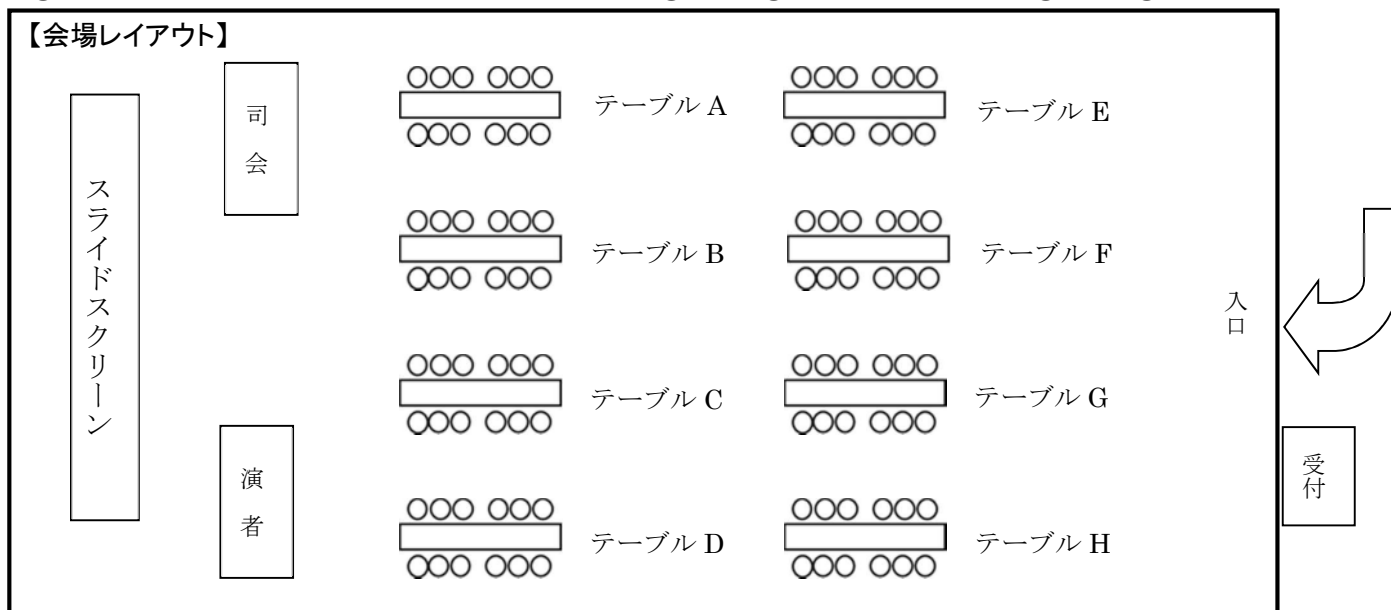
時間	内容	担当
9:20～9:50	受付	総合受付並びに会場受付
9:50～	開会挨拶	千葉県医師会理事 松岡かおり
9:55～(GW説明 10分) (症例説明 5分)	GW説明・進行 事例説明	千葉大学医学部附属病院教授 藤田伸輔 東京湾岸リハビリテーション病院長 近藤国嗣
10:10～10:20 10:20～11:20 (GW 60分)	自己紹介 GW KJ法	進行：藤田伸輔 タイムキーパー：意見交換会事務局
11:20～11:40	GW発表・質疑応答 4グループに分かれる まとめと振り返り	進行：藤田伸輔
11:40～11:50	総評・閉会挨拶	千葉県救急医療センター部長 古口徳雄
	アンケート回収	会場受付又は総合受付 (敬称略)

【配布資料】 ①模擬カンファレンスレジメ ②参加者名簿 ③事例(サマリー・パス・連携シート)④アンケート

【グループワークの流れ】

- ①司会・記録者・発表者の決定 ②付箋を使っての進行し、症例の課題・療養方針を決定 ③まとめ
- ④発表 各グループ3分 質疑 2分 ○急性期(①A・B、②C・D) ○回復期(③E・F、④G・H)

【会場レイアウト】



<p>居宅支援事業者： ○○○○ 担当 CM:</p> <p>要介護度:要介護 2</p> <p>障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): B2 認知症高齢者の日常生活自立度 :Ⅲ</p> <p>医療保険:後期高齢者医療 身体障害者肢体 2 級</p>
<p>【心身機能評価】</p> <p>(随意運動) 右片麻痺</p> <p>(感覚障害) 右上下肢中等度鈍麻</p> <p>(可動域制限) 右肩屈曲 90°</p> <p>(痛み) 右肩運動時痛</p> <p>(排尿排便) 尿便意あり、時々失敗あり</p> <p>(摂食嚥下) 送り込み不良で嚥下反射の惹起に遅延、喉頭蓋谷・梨状窩に残留あり複数回嚥下必要、自力喀痰可能</p> <p>(高次脳機能障害) 失語症あり、短文程度の理解は一部可能。意思疎通は Yes/No で可能。道具の操作が拙劣なことがある。</p> <p>(心理面) 感情失禁あるが安定している</p>
<p>【病棟の日常生活活動(ADL)の状況】</p> <p>(起居) 手すり使用一部介助、端座位見守り</p> <p>(移乗) 手すり使用一部介助</p> <p>(移動) 屋内外共に車いす全介助</p> <p>(食事) ペースト食をすくいやすい皿・ST スプーン使用し自力摂取・後半は摂食介助、水分とろみ 3g/100cc</p> <p>(整容) 歯磨き、髭の剃り残し一部介助</p> <p>(更衣) 一部介助</p> <p>(排泄) 昼間はトイレにて排泄、夜間はおむつ対応、トイレで移動、ズボン上げ下げ一部介助</p> <p>(入浴) 洗体、浴槽移乗全介助、入院時機械浴</p>
<p>【福祉用具】</p> <p>介助用車イス、ポータブルトイレの購入を検討中。</p> <p>【退院後の介護保険サービス利用予定】</p> <p>区分変更後、介護度が上がれば通所サービスを増やす予定。</p> <p>【退院前指導内容】</p>
<p>【住環境】</p> <p>マンション5階(エレベータ有り)、屋外に3段の階段あり可動式スロープを設置予定。トイレの手すり、浴室等は改修済み。</p> <p>【その他】</p> <p>年金収入だが経済的な不安は無い。介護力不足。</p>
<p>本人の希望:家に帰りたいと感情失禁あり。</p> <p>家族の希望:これまでも介護していたので、戻りたい。食事の管理、肺炎が心配。</p>
<p>現状の問題点、課題:</p>
<p>備考 カンファレンス前血液検査データ</p> <p>アルブミン 3.7 mg/dl</p>

討論のポイント

- 1) 第1回退院時の情報整理
 - (ア) ADL
 - (イ) 病状の受け止め
 - (ウ) 患者と家族の意欲

- 2) 第1回退院後の状況変化
 - (ア) ADL
 - (イ) 生活
 - (ウ) 心理的变化

- 3) 第2回退院に向けてのアセスメント
 - (ア) ADL
 - (イ) 病状の受け止め
 - (ウ) 患者と家族の意欲

- 4) 第2回退院でのプランと支援体制
 - (ア) ADLについて
 - (イ) 生活について

- 5) 番外
 - (ア) 薬剤の副作用
 - (イ) 脳卒中患者の精神状況
 - (ウ) 摂食嚥下

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
診療情報シート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

患者基本情報		月 日記入		科 医師名		
患者氏名	ID		性別		発症 平成 26年 10月 日	
	生年月日		年齢	歳	入院 平成 27年 12月 5日	
疾患名				病巣部位	サイズ	
<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓症 <input type="checkbox"/> 心原性塞栓 <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 高血圧性 <input type="checkbox"/> 脳動脈奇形 <input type="checkbox"/> もやもや病 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> クモ膜下出血 <input type="checkbox"/> 嚢状脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> 解離性動脈瘤 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()						
手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 月 日(内容) <input type="checkbox"/> 有 月 日(内容)				<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 散在性	
特殊疾患	<input type="checkbox"/> 血管狭窄・閉塞() <input type="checkbox"/> 未破裂動脈瘤() <input type="checkbox"/> その他()					
主な障害	<input type="checkbox"/> 右マヒ <input type="checkbox"/> 左マヒ <input type="checkbox"/> 両マヒ <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> 構音・嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他()					
合併症	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 症候性てんかん <input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> その他					
要注意既往症 及び生活習慣	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他肝機能障害() <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 腎障害() <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他;					
特記事項						
現病歴	2014年10月、右片麻痺、失語を呈し、左中大脳動脈領域広汎の心源性脳梗塞の診断にて当院にて加療。誤嚥性肺炎を併発して経管栄養にて12月8日回復期リハビリ病棟に転院し、車いす移乗・移動は自立、排泄は日中自立、夜間はしびん使用、歩行は家族介助にて可能、食事は軟菜きざみ食を自力にて摂取可能となり、自宅に退院となった。その後在宅にてデイサービス、訪問診療、訪問リハビリを利用しながら妻の介助のもとに生活していたが、徐々に食の好みの変化が生じ、体重減少とむせこみが見られ始めていた。2015年12月3日より発熱があり持続、12月5日にかかりつけ医の診察にて肺炎疑いとこのことにて当院に入院。抗生剤投与にて肺炎は治療、一時経管栄養とした。また、治療の過程での廃用にてADLが低下した。ペースト食にて食事を開始したが、食事の後半は介助が必要な状態にとどまっている。嚥下食については、妻に管理栄養士より、食事作成指導は行ったが、実践できるかまでの確認には至っていない。身体機能は、筋力低下が著明であり、積極的なリハビリを試みたが、患者の訓練意欲が乏しく、移乗動作は見守りから軽介助。家族との歩行は困難。排泄は日中は介助にて可能も夜間はオムツ内失禁状態である。				投薬内容・ インスリン	<input type="checkbox"/> 薬歴添付・薬剤シートあり(この場合は処方記載不要)
治療内容	<input type="checkbox"/> 地域連携診療計画管理算定可				<input type="checkbox"/> 点滴 終了見込み 月 日 <input type="checkbox"/> 不明	
予後の説明内容	呼吸		<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素投与(L/分)			
	意識レベル		<input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> JCS・GCS()			
感染症	リハビリ		<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST			
	栄養経路		<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう(月 日) <input type="checkbox"/> TPN			
添付資料	疥癬(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) 梅毒(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) HBs抗原(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) HCV抗体(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑膿菌(部位) MRSA(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> その他;					
障害評価 (月日)	CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 血算 <input type="checkbox"/> 生化(CRP必須) <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他()				
	上肢	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常	<input type="checkbox"/> 肘と手が一緒に <input type="checkbox"/> 手の高さに挙がる	<input type="checkbox"/> 手が乳頭に挙がる <input type="checkbox"/> わずかな動き	<input checked="" type="checkbox"/> 動かない	
	手指	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常	<input type="checkbox"/> 何とか指が1本づつ <input type="checkbox"/> 1本づつ動くが曲げ <input type="checkbox"/> 指全体のみ	<input type="checkbox"/> 曲げ伸ばしできる <input type="checkbox"/> 曲げ伸ばしできない	<input checked="" type="checkbox"/> 動かない	
	股関節の曲げ	<input type="checkbox"/> 正常左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかり曲がる <input type="checkbox"/> 何とか曲がる <input checked="" type="checkbox"/> わずかに曲がる <input type="checkbox"/> 動かない				
	膝の伸ばし	<input type="checkbox"/> 正常左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかり伸びる <input type="checkbox"/> 何とか伸びる <input checked="" type="checkbox"/> わずかに伸びる <input type="checkbox"/> 動かない				
	足首のそり	<input type="checkbox"/> 正常左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかりする <input type="checkbox"/> 何とかする <input checked="" type="checkbox"/> わずかにする <input type="checkbox"/> 動かない				
	座位	<input type="checkbox"/> 背もたれ無しで座位がとれる <input checked="" type="checkbox"/> 座位がとれるが傾く、指示にて戻せる <input type="checkbox"/> 指示をしても傾いている <input type="checkbox"/> 座位がとれない				
	感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 半側空間失認 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> マヒ側をみる <input type="checkbox"/> 正中まではみる <input type="checkbox"/> 健側のみ				
	失調	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(うつ傾向)				
	失行	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 状況判断能力 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
失語	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input type="checkbox"/> 「時計」が呼称できる <input checked="" type="checkbox"/> 「時計」が呼称できない					
理解	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input checked="" type="checkbox"/> 「手を挙げて」の指示が入る <input type="checkbox"/> 「手を挙げて」の指示が入らない					
構音障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 「ハ」「タ」「カ」がしっかり聞き取れる <input type="checkbox"/> なんとか聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞き取れない					
嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ゼリーなどのみ試行 <input type="checkbox"/> 非経口					
退院時情報(月 日退院) 記入者		退院後急性期病院での経過観察		記入日 月 日		
<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし 痰がらみが時にあるため、家族に吸引指導を行っています		<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし <input checked="" type="checkbox"/> 薬歴添付あり(この場合は処方記載不要)		最終処方・インスリン		
アレルギー		<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 内容 (次回診察日) 年 月 頃				
その他特記事項、禁忌・注意事項		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> MRI() 誤嚥性肺炎の再発に注意				

* 送付先：退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管：急性期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
看護シート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

看護基本情報(月 日記入) 記入者名														
患者名(インザル可)					生年月日			ID						
身体	身長	165cm	体重	52 Kg										
食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		摂取量(割)	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (— —)cal										
動作	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子自走		<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子乗車(時間 60 分/回)		<input type="checkbox"/> ベッド								
	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り		<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
	移乗動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り		<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input checked="" type="checkbox"/> ムラあり <input type="checkbox"/> 不可		ナースコール	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可		コミュニケーション手段	<input checked="" type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> ジェスチャー		<input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他()					
問題行動	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 断眠 <input type="checkbox"/> 不眠		眠剤使用	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時折 <input type="checkbox"/> 毎晩									
	精神症状	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見当識障害		<input checked="" type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 感情失禁		<input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> その他()								
	問題行動	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不穏		<input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔		<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 転倒転落		<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他()						
抑制	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 4点柵		<input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 安全ベルト		<input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 上肢抑制		<input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> その他()							
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自排尿 <input checked="" type="checkbox"/> オムツ		<input type="checkbox"/> 留置カテーテル		<input type="checkbox"/> 間欠導尿									
褥そう	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)													
その他														
退院時情報(月 日退院) 記入者														
バイタルサイン	体温	36.0~ 36.5度		脈拍	70~90		不整脈	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		血圧	収縮期	120~140		
褥そう(内容)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処置方法:								拡張期	70~80				
									SpO ₂	93~97				
食事栄養	経路	<input checked="" type="checkbox"/> 経口、 <input type="checkbox"/> 経管摂取(銘柄、投与量)()kcal、投与時間(時間/回)(<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経口訓練併用)												
	形態	<input checked="" type="checkbox"/> 主食 <input type="checkbox"/> ご飯、 <input type="checkbox"/> 軟飯、 <input type="checkbox"/> 全粥、 <input checked="" type="checkbox"/> ミキサー粥												
	副食	<input checked="" type="checkbox"/> ゼリー、 <input type="checkbox"/> ゼリー食、 <input checked="" type="checkbox"/> ミキサー・ペースト食、 <input type="checkbox"/> やわらか食、 <input type="checkbox"/> 軟菜・刻み食、 <input type="checkbox"/> 常食(下記の副菜コメント参照)												
	水分	<input checked="" type="checkbox"/> とろみあり、(トロミの強さ <input type="checkbox"/> 弱め、 <input checked="" type="checkbox"/> 強め)、(とろみ剤の銘柄・分量など とろめりん3g)、水分量(200 ml)												
	動作	<input type="checkbox"/> 自立(<input type="checkbox"/> 補助具使用)、 <input type="checkbox"/> 見守り必要、 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助(途中で疲れてしまい介助が必要)		<input type="checkbox"/> 全介助										
摂取量	<input type="checkbox"/> 全量 <input checked="" type="checkbox"/> 3/4~1/2 <input type="checkbox"/> 1/2~1/4 <input type="checkbox"/> 1/4以下 <input type="checkbox"/> その他()													
治療食	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(DM食 kcal <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> ワーファリン食 <input type="checkbox"/> タンパク制限()g													
特記	<input type="checkbox"/> 禁止食() <input type="checkbox"/> その他()													
口腔の状態	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 開口障害 <input type="checkbox"/> その他()													
排泄	方法	<input type="checkbox"/> 日中;トイレ <input type="checkbox"/> 夜間;おむつ		伝達事項			最終交換日	サイズ	種類					
	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> 留置カテーテル /		Fr							
	失禁	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 /		Fr							
	便意	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> 気管切開 /		mm							
	排便コントロール	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> GE <input type="checkbox"/> 摘便			<input type="checkbox"/> その他() /									
動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> その他() /											
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input checked="" type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭						バイタル上限下限							
日常生活機能評価	患者の状況			得点										
				0点		1点		2点						
	床上安静の指示			<input checked="" type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり								
	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる			<input checked="" type="checkbox"/> できる		<input type="checkbox"/> できない								
	寝返り			<input type="checkbox"/> できる		<input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる		<input type="checkbox"/> できない						
	起き上がり			<input type="checkbox"/> できる		<input checked="" type="checkbox"/> できない								
	座位保持			<input type="checkbox"/> できる		<input checked="" type="checkbox"/> 支えがあればできる		<input type="checkbox"/> できない						
	移乗			<input type="checkbox"/> できる		<input checked="" type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要		<input type="checkbox"/> できない						
	移動方法			<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動		<input checked="" type="checkbox"/> 介助を要する移動(搬送含む)								
	口腔清潔			<input type="checkbox"/> できる		<input checked="" type="checkbox"/> できない								
食事摂取			<input type="checkbox"/> 介助なし		<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助							
衣服の着脱			<input type="checkbox"/> 介助なし		<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助							
他者への意思の伝達			<input type="checkbox"/> できる		<input checked="" type="checkbox"/> できるときとできないときがある		<input type="checkbox"/> できない							
診療・療養上の指示が通じる			<input type="checkbox"/> はい		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ									
危険行動			<input checked="" type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> あり									
合計得点					10点									
その後の経過(サマリー代用)														
退院日情報 車椅子乗車可能時間 分/回 最終排便 /														
安静時バイタルサイン	体温	度		脈拍	不整脈		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		血圧	/		SpO ₂	/	

* 送り先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管: 急性期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
リハシート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

リハビリテーション基本情報(月 日記入)記入者				
患者名(イニシャル可)		生年月日		ID
リハ開始日	年 月 日			
病前の活動状態(家屋内移動・散歩・買い物・旅行)				
1. 禁忌(血圧、心拍、SpO2制限など)	(記述)			
2. リハ拒否など	(記述) 訓練意欲乏しく、時に訓練拒否があった			
3. 失語	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(短文の理解可能、単語レベルの発語も不安定) <input type="checkbox"/> 不明			
4. 嚥下障害(有・無)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(ペースト食、STスプーン使用) <input type="checkbox"/> 不明			
5. 端座位	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立			
6. 立位	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立			
7. 歩行	<input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立			
特記事項				
退院時情報(月 日退院) 記入者				
リハ開始日	PT開始日	年 月 日	OT開始日	年 月 日
ST開始日	年 月 日			
リハサービス処方単位数/週	PT	OT	ST	
骨・関節疾患による禁忌・配慮事項				
その他の配慮事項				
評価項目	1. 機能的・能力的予後:mRS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	FIM	点数
	2. 認知症	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(失語・失行あり評価困難) <input type="checkbox"/> 不明	セルフケア	
	3. 意欲	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	食事・スプーン	3
	4. 訓練中のバイタル変動	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	整容	3
	5. 配慮事項	(記述)ベッドに横になりたがる。他の患者との交流も無い。	入浴(洗い動作)	2
	6. 日常的なコミュニケーション手段	(記述)Yes/No	更衣(上半身)	3
	7. 握力	右 不可 kg /左 11 kg	更衣(下半身)	2
	8. 痛み	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(右肩運動時痛)	トイレ動作	2
	9. Br.stage(手/上肢/下肢)	右 上肢(II)手指(II)下肢(III) 左 上肢()手指()下肢()	小計	15
	10. 感覚障害(上肢/下肢)	上肢 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(□重度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 □軽度) <input type="checkbox"/> 不明 下肢 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(□重度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 □軽度) <input type="checkbox"/> 不明	排泄コントロール	
	11. ROM制限	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(右肩屈曲80°) <input type="checkbox"/> 不明	排尿	2
	12. 半側空間無視障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	排便	3
	13. 見当識障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	小計	5
	14. 問題行動	(記述)	移動	
	15. 失語	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	ベットのイス・車イス	4
	16. 構音障害(有・無)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	トイレ	3
	17. 嚥下障害(有・無)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	浴槽・シャワー	2
	検査:VF、VE、水のみテスト(有・無)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり : <input checked="" type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> 水飲みテスト	小計	9
	嚥下訓練開始日	2015年12月25日 (記述)ペースト食、STスプーン使用	移動	
	18. リハ経過(動作練習実施の有無)		歩行	
ベッド上動作	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 : 開始 年 月 日	車椅子	1	
座位	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 : 開始 年 月 日	階段		
移乗	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 : 開始 年 月 日	小計	1	
立ち上がり・立位	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 : 開始 年 月 日	コミュニケーション		
立ち上がり回数	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 1~10回 <input type="checkbox"/> 11~20回 <input type="checkbox"/> 20回以上	理解(聴覚・視覚)	3	
歩行	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 : 開始 年 月 日	表出(音声・非音声)	2	
応用歩行(階段・屋外など)	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 : 開始 年 月 日	小計	5	
19. 基本動作能力		社会認識		
ベッド上動作	<input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立	社会的交流	3	
端座位	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立	問題解決	2	
立位	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立	記憶	2	
歩行	<input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立	小計	7	
20. 下肢装具使用(記載)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり:(記述)	■できる □している FIM合計	42	
特記事項 リハ内容・途中終了など(サマリー代用可)				
添付資料	<input type="checkbox"/> VF結果 <input type="checkbox"/> SLTA結果 <input type="checkbox"/> その他()			
在宅リハの継続目標	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問			
本人・家族の希望				

* 送付先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管: 急性期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
MSWシート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

医療社会事業基本情報 (月 日記入) 記入者			
患者名(イニシャル可)	生年月日	ID	
居住地	(都道府県) 千葉 (市)	■自宅 □施設()	
同居家族	□単身 ■配偶者 ■子 □子の家族 □その他()		
キーパーソン	氏名(イニシャル)	続柄	妻 連絡先
保険種別	□国保 □社保 ■後期高齢者 □共済 □自賠責・第三者行為 □労災 □生活保護 担当		
本人の希望	□不明 □職場復帰 □在宅 □病院(医療・介護) □施設		
()の希望	□不明 □職場復帰 □在宅 □病院(医療・介護) □施設		
リスク	□不明 □経済 □家屋 □家族 □介護		
申請支援	□未実施 ■介護保険 ■身障手帳 □特定疾患 □傷病手当金 □国保加入 □生活保護 □その他()		
特記事項 妻、長男と同居 長男は平日仕事で多忙、 次男夫婦は近隣に在住、次男の妻が妻の相談相手。 脳卒中発症後は、介護サービス利用時や週末に子供たちが車を出す時のみ外出していた。			
部屋希望 □大部屋 □個室 □どちらでも可			
退院時情報(月 日退院) 記入者			記入日 月 日 ※書ける範囲で可
介護保険入院前	□不明 □なし □未確認 □申請中 □支援1 □支援2 □介護1 ■介護2 □介護3 □介護4 □介護5		
サービス利用	□不明 □住宅改修 ■福祉用具貸与 □訪問看護 ■通所 □入所 □介護 □その他()		
転院時	□不明 □不要 □未確認 □説明済み □申請中 □認定済み()		
ケアマネジャー	□不明 □なし ■あり 氏名 ○○	事業所名	連絡先
身障手帳	□不明 □なし □申請中(□新規 □等級変更) ■有(■入院前に取得 □今回取得)		
種別等級	■肢体 2級 □平衡 級 □音声言語 級 □そしゃく 級 □聴覚 級 □視覚 級 □内部 級 □精神 級		
発症前のADL	□不明 □自立 □見守り ■一部介助 □全介助		
家族的背景+心理面	本人の方向性の変化	□不明 ■変わらず □職場復帰 □在宅 □病院(医療・介護) □施設	
	希望阻害因子	□不明 □経済力 ■介護力不足・介護協力不足等 □介護者不在 □住宅改修不可能・住宅構造上 □病態	
	家族の方向性の変化	□不明 □変わらず □職場復帰 ■在宅 □病院(医療・介護) □施設	
	希望阻害因子	□不明 □経済力 ■介護力不足・介護協力不足等 □介護者不在 □住宅改修不可能・住宅構造上 □病態	
本人、妻は当初から自宅退院を希望していた。子供たちは、同居の長男が日中は不在で仕事も多忙であること、次男夫婦も仕事をしているため、妻の介護負担が大きくなることを心配していた。最終的には自宅退院を目指すことになった。 次男の妻が妻の話しを聞く機会を持つなど精神的なサポートをしている。			
社会的背景+経済面	入院前	□不明 □会社員 □公務員 □自営(内容) ■年金(■老齢 □遺族 □障害) □無職()	
	退院時	□不明 収入: □なし ■あり(□傷病手当金 ■年金() □生活保護 □その他())	
経済的には大きな問題なし			
その他	住宅環境	□戸建て(□所有 □賃貸) ■集合住宅(■所有 □賃貸) (5)階 EV停止(■あり □なし) □その他()	
	障害となる構造	□不明 □なし ■あり	
	すでに入院前にトイレの手すり、浴室の改修等は行っており、特に改修は必要がなかった。 マンションのエントランスから道路にでるところに3段の階段があり、外出時は可動式スロープを設置し、昇降する予定となった。自宅内のトイレでの排泄が難しい場合はポータブルトイレの購入も検討している。 以前利用していたサービスはそのまま再開とし、区分変更後、介護度が上がる場合は通所サービスを増やす予定にしている。		
在宅移行期に必要なサービス	□訪問看護(□指示書記載) □訪問介護 □住宅改修 □福祉用具 □通所系サービス □訪問入浴 □その他()		

* 送付先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保 管: 急性期病院が作成し、原本を保管してください。

歯科基本情報		月	日記入	歯科・口腔外科 歯科医師名		
患者氏名	Tさん	ID		疾患名	脳梗塞	
口腔内状況	<p>右上7~右上5、左上4~左上7番 欠損 右下6~右下3番 欠損</p>				歯科傷病名	
	抗血小板薬・抗凝固薬の使用状況等					
	使用薬剤		エリキュース			
	PT-INR値					
	その他止血機能検査等					
	口腔外科処置に係る注意事項・特記事項					
	アレルギーの有無					
	薬剤/麻酔		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
	その他(食物、ラテックス等)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
	う蝕	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(3)歯				
歯肉炎・歯周炎	<input type="checkbox"/> なし・軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度					
義歯の状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用)		上顎	<input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input checked="" type="checkbox"/> 部分床義歯		
			下顎	<input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input checked="" type="checkbox"/> 部分床義歯		
義歯の適合状況	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良・破損あり					
口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度					
その他粘膜疾患	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
開口障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 強度					
構音障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ()					
肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
口腔衛生	食物残渣/歯垢	<input type="checkbox"/> なし・少量 <input checked="" type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 多量 (部位)				
	義歯清掃	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良				
	舌苔	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 1/2以下 <input type="checkbox"/> 全体にある <input type="checkbox"/> 全体に蓄積				
	口臭	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度				
	BDR指標	B 歯磨き(Brushing) <input type="checkbox"/> ほぼ自分で磨く <input checked="" type="checkbox"/> 部分的には自分で磨く <input type="checkbox"/> 自分で磨けない D 義歯着脱(Denture Wearing) <input type="checkbox"/> 自分で着脱する <input checked="" type="checkbox"/> 着脱のどちらかができる <input type="checkbox"/> 自分ではまったく着脱しない R うがい(Mouth Rinsing) <input type="checkbox"/> ブクブクうがいをする <input checked="" type="checkbox"/> 水を口に含む程度はする <input type="checkbox"/> 水を口に含むことも出来ない <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> スポンジ <input type="checkbox"/> 義歯ブラシ <input type="checkbox"/> 床用剤 <input type="checkbox"/> 義歯用				
口腔ケア用具等	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> スポンジ <input type="checkbox"/> 義歯ブラシ <input type="checkbox"/> 床用剤 <input type="checkbox"/> 義歯用 浄剤 <input type="checkbox"/> その他()					
治療の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
食事(栄養方法・内容)	<input checked="" type="checkbox"/> 経口(<input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下障害食) <input type="checkbox"/> 経管(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経静脈) <input type="checkbox"/> 経口・経管併用					
機能評価	検査	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> その他()				
	障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 先行期 <input checked="" type="checkbox"/> 準備期 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔期 <input checked="" type="checkbox"/> 咽頭期 <input type="checkbox"/> 食道期)				
	RSST	1回目()秒 2回目()秒 3回目()秒 30秒間の回数()回				
	舌運動	1. 良好 2. <input checked="" type="checkbox"/> やや不十分(左・右・上・下) 3. 不十分				
所見	舌運動が緩慢で送り込み障害を認める					
嚥下訓練必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
その他特記事項等	利き手でのブラッシングが困難で、口腔ケアは介助が必要。口腔機能が低下しており口腔機能の維持改善に向けた取り組みが望まれる。					

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
薬剤シート

発行機関
送り先

患者基本情報 (年 月 日記入)			薬剤師名				
患者氏名		生年月日		年齢		性別	
薬剤の管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(<input checked="" type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 施設(施設名:) <input type="checkbox"/> その他()						
指導上の注意	嚥下障害強く誤嚥性肺炎で入院歴あり, ペースト食						
服用方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他()						
副作用・アレルギー ※可能ならば原因薬剤と年月日を記載							
<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明							
服用薬剤							
※ 現在服用中の全薬剤(内服薬・外用薬・注射薬等、定時薬・臨時薬)を記録する。 ※ 「粉砕」・「簡易懸濁」は、現在の状況についてチェック(✓)を入れる。 ※ 数種類の散剤、軟膏剤を混合している場合には、内容も記録する。 ※ 「医療機関等」には、「処方した医療機関、調剤した薬局」の欄より対応する番号を記載する。							
No.	先発医薬品	用法・用量	粉砕	簡易懸濁	医療機関等		
	バルサルタン エリキュース イーケプラドライシロップ	ディオバン エリキュース イーケプラ	80mg/1朝食後 10mg/2朝夕食後 1000mg/2朝夕食後	○ ○ ○			
調剤に関する特記事項							
その他							
一般用医薬品、健康食品等			嗜好品				
<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> 喫煙歴 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他				
医療機器・医療材料							
<input type="checkbox"/> 血糖自己測定器 <input type="checkbox"/> その他							
処方した医療機関、調剤した薬局							
	医療機関等の名称	TEL		医療機関等の名称	TEL		
①			⑤				
②			⑥				
③			⑦				
④			⑧				

※かかりつけ薬局には○を付けること。

※ 院外処方せんを発行する際には、「薬剤シート(本シート)」および「診療情報シート」の写しを添付してください。患者さんへは処方せんと写しを合わせて薬局に提示するように説明してください。

千葉県共用脳卒中地域医療連携パス 栄養シート

施設名: _____ 作成日: 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

連絡先: 直通 代表 作成者 _____

患者氏名: 千葉 太郎 様	年齢: 76 歳	性別: <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T 15 年 1 月 1 日	身長: 165 cm	体重: 52 kg
<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	BMI: 19.1	標準体重: 59.9 kg

<食事情報> 経口 経管

食種	ミキサー粥 ミキサー食	エネルギー	1800 kcal	蛋白質	60 g
摂取量: 主	60 % 副	80 %	1260 kcal	経管水分量	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 総量 ml

その他特記事項

主食摂取量アップのため、毎食佃煮類(練梅など)付加
 カロリーアップのため、HCゼリー(1個150Kcal)を昼に1個付加 摂取量は良好
 ミキサー食の作り方について、栄養指導を実施

<分類シート>

飲水とろみの状態

段階0 とろみなし

段階1 薄いとろみ

段階2 中間のとろみ

段階3 濃いとろみ

説明

- Oj: 均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー。
離水が少なく、スライス状にすくうことが可能。
- Ot: 均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したとろみ水。
(原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみのどちらかが適している。)
- 1j: 均質で、付着性・凝集性・硬さ・離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの。
- 2-1: プューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかでべたつかず、まとまりやすいもの。
スプーンですくって食べることが可能なもの。
- 2-2: プューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものも含む。
スプーンですくって食べることが可能なもの。
- 3: 形はあるが、押しつぶしが容易、
食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの。
多量の離水がない。
- 4: 硬さ・ばらけやすさ・貼りつきのないもの。箸やスプーンで切れるやわらかさ。

平成26年4月版

千葉県地域生活連携シート(参考様式)【介護支援専門員 ⇄ 医療機関】

平成23年4月版

(1)入院先の医療機関等名称 様	下記利用者(家族)の同意に基づき、 利用者の身体・生活機能等の情報を 送付しますので、ご活用ください。	(2)送付日 (面談日) 平成 年 月 日
		(3)入院日 (退院日) 平成 年 月 日

(4)利用者氏名 (ふりがな)	(5)生年・性別等 明治 大正 昭和 16年 2月 2日 満75歳 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(6)生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(7)障害等認定 <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 身障(2級) <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 特定疾患
(8)要介護度 要介護2	認定有効期間 ~ 年 月 日	(9)障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度) B	(10)認知症高齢者日常生活自立度 Ⅲ
(11)介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週)	<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> ショート(日/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具
(12)同居家族 <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者	(13)住居 <input type="checkbox"/> 戸建施設 <input type="checkbox"/> アパート <input checked="" type="checkbox"/> マンション(5階) (エレベータ: <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)	(14)主介護者 妻 続柄: <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 電話: 就労状況: 健康状態:	(15)キーパーソン 妻 続柄: <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 電話: (16)緊急連絡先:

(17)かかりつけ情報等(医師・歯科医師・訪問看護ステーション・薬局等)

主病名	情報源	医療機関等名称	診療科名等	受診状況等	電話番号	特記事項(既往歴等)
1:脳梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> 意見書 <input checked="" type="checkbox"/> 家族等	A病院	脳外科	定期受診無し		
2:高血圧・心房細動	<input checked="" type="checkbox"/> 意見書 <input checked="" type="checkbox"/> 家族等	Cクリニック	内科	訪問診療		
3:	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 家族等					

記入時の身体・生活機能等

(18)記入日: 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 <input checked="" type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他	
(19)麻痺の状況 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input checked="" type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位: <input type="checkbox"/> 左上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右下肢	(50)具体的内容
(20)褥瘡の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(部位:)	(21)皮膚疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り()	
(22)視力 <input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input checked="" type="checkbox"/> 判断不能	目の前の物が見える <input checked="" type="checkbox"/> 判断不能	(23)眼鏡 <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り
(24)聴力 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能	大声なら何とか聞こえる <input type="checkbox"/> 判断不能	(25)補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
(26)意思の伝達 <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	(27)失語症 <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明	
(28)認知症症状 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> その他(判断不能)		
(29)睡眠の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 睡眠障害(眠りが浅い)	(30)眠剤 <input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩	
(31)起居動作 <input type="checkbox"/> 起き上がれる <input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 寝たきり	(32)移動 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子	
(33)摂取方法 <input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(方法: 胃ろう 内容: ラコール 量: 所要時間:)		
(34)食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	(35)水分トロミ <input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
(36)食動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(37)食事制限 <input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
(38)口腔環境 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	(39)義歯使用 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 義歯不要	
(40)口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(41)方法 <input checked="" type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> うがい	
(42)排尿介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(43)排尿能力 <input checked="" type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	
(44)排便介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(45)トイレ使用 <input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
(47)衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(46)オムツ使用 <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
(48)服薬管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(49)薬の形状 <input checked="" type="checkbox"/> 錠剤 <input checked="" type="checkbox"/> 散剤 <input type="checkbox"/> 液剤 <input type="checkbox"/> その他(簡易懸濁)	
(51)介護上、特に注意すべき点等 介護は妻のみ、同居の息子は日中不在、近隣に次男家族	(52)介護・看取り: 未 に関する本人・家族の意向等	

(53)本シートの記入者

所属	担当	住所
電話	FAX	Eメール
		(54)ケアプラン <input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未済

<p>居宅支援事業者： ○○○○ 担当 CM:</p> <p>要介護度:要介護 2</p> <p>障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): B2 認知症高齢者の日常生活自立度 :Ⅲ</p> <p>医療保険:後期高齢者医療 身体障害者肢体 2 級</p>
<p>【心身機能評価】</p> <p>(随意運動) 右片麻痺</p> <p>(感覚障害) 右上下肢中等度鈍麻</p> <p>(可動域制限) 右肩屈曲 90°</p> <p>(痛み) 右肩運動時痛</p> <p>(排尿排便) 尿便意あり、時々失敗あり</p> <p>(摂食嚥下) 送り込み不良で嚥下反射の惹起に遅延、喉頭蓋谷・梨状窩に残留あり複数回嚥下必要、自力喀痰可能</p> <p>(高次脳機能障害) 失語症あり、短文程度の理解は一部可能。意思疎通は Yes/No で可能。道具の操作が拙劣なことがある。</p> <p>(心理面) 感情失禁あるが安定している</p>
<p>【病棟の日常生活活動(ADL)の状況】</p> <p>(起居) 手すり使用一部介助、端座位見守り</p> <p>(移乗) 手すり使用一部介助</p> <p>(移動) 屋内外共に車いす全介助</p> <p>(食事) ペースト食をすくいやすい皿・ST スプーン使用し自力摂取・後半は摂食介助、水分とろみ 3g/100cc</p> <p>(整容) 歯磨き、髭の剃り残し一部介助</p> <p>(更衣) 一部介助</p> <p>(排泄) 昼間はトイレにて排泄、夜間はおむつ対応、トイレで移動、ズボン上げ下げ一部介助</p> <p>(入浴) 洗体、浴槽移乗全介助、入院時機械浴</p>
<p>【福祉用具】</p> <p>介助用車イス、ポータブルトイレの購入を検討中。</p> <p>【退院後の介護保険サービス利用予定】</p> <p>区分変更後、介護度が上がれば通所サービスを増やす予定。</p> <p>【退院前指導内容】</p>
<p>【住環境】</p> <p>マンション5階(エレベータ有り)、屋外に3段の階段あり可動式スロープを設置予定。トイレの手すり、浴室等は改修済み。</p> <p>【その他】</p> <p>年金収入だが経済的な不安は無い。介護力不足。</p>
<p>本人の希望:家に帰りたいと感情失禁あり。</p> <p>家族の希望:これまでも介護していたので、戻りたい。食事の管理、肺炎が心配。</p>
<p>現状の問題点、課題:</p>
<p>備考 カンファレンス前血液検査データ</p> <p>アルブミン 3.7 mg/dl</p>

討論のポイント

- 1) 第1回退院時の情報整理
 - (ア) ADL
 - (イ) 病状の受け止め
 - (ウ) 患者と家族の意欲

- 2) 第1回退院後の状況変化
 - (ア) ADL
 - (イ) 生活
 - (ウ) 心理的变化

- 3) 第2回退院に向けてのアセスメント
 - (ア) ADL
 - (イ) 病状の受け止め
 - (ウ) 患者と家族の意欲

- 4) 第2回退院でのプランと支援体制
 - (ア) ADLについて
 - (イ) 生活について

- 5) 番外
 - (ア) 薬剤の副作用
 - (イ) 脳卒中患者の精神状況
 - (ウ) 摂食嚥下

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
診療情報シート【回復期病院作成用】

発行病院
送り先

患者基本情報		月 日記入		科 医師名				
患者氏名	千葉 太郎	ID		性別	男性	発症	平成 27 年 12 月 5 日	
		生年月日	1940年1月1日	年齢	76歳	入院	平成 28 年 1 月 4 日	
機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> 右マヒ <input type="checkbox"/> 左マヒ <input type="checkbox"/> 両マヒ <input type="checkbox"/> 四肢マヒ <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 認知症 改定版長谷川式簡易知能評価スケール 点 MMSE <input type="checkbox"/> うつ症状 GDS 点							
既往症及び生活習慣	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 () <input type="checkbox"/> 腎障害() <input type="checkbox"/> 認知症 () <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管障害 () <input type="checkbox"/> MRSA感染症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他()							
入院中合併症	<input checked="" type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 尿路感染 <input checked="" type="checkbox"/> 症候性てんかん <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 <input type="checkbox"/> その他 ()							
回復期入院経過	2014年10月、右片麻痺、失語を呈し、左中大脳脈領域広汎の心源性脳梗塞の診断にてA急性期病院に加療される。急性期にて誤嚥性肺炎を併発して経管栄養にて12月B回復期リハ病院に転院し、車いす移乗・移動は自立、排泄は日中自立、夜間はしびん使用、歩行は家族介助にて可能、食事は軟菜きざみ食を自力にて摂取可能となり、自宅に退院となった。その後在宅にてデイサービス、訪問診療、訪問リハを利用しながら妻の介助のもとに生活していたが、徐々に食の好みの変化が生じ、体重減少とむせこみが見られ始めていた。2015年12月3日より発熱があり持続、12月5日にかかりつけ医の診察にて肺炎疑いとのことにてA病院に入院となる。抗生剤投与にて肺炎は治療するも、誤嚥の危険性があり経管栄養となる。また、治療の過程での廃用にてADLが低下し、B回復期リハ病院にて2016年、1月4日に転院となった。転院後に嚥下造影を施行し、ペースト食では安全に摂取できるとの判断にて食事開始となるが、全量自力摂取には至らず、食事の後半は介助が必要な状態にとどまっている。嚥下食については、妻に管理栄養士より、食事作成指導は行ったが、実践できるかまでの確認には至っていない。身体機能は、筋力低下が著明であり、積極的なリハを試みたが、患者の訓練意欲が乏しく、移乗動作は見守りから軽介助。			投薬内容・インスリン	<input type="checkbox"/> 薬歴添付・薬剤シートあり(この場合処方記載不要) NOAC ARB, 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 禁忌薬剤() 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>			
リスク因子	高血圧 <input type="checkbox"/> コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 高脂血症 <input type="checkbox"/> コントロール <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 糖尿病 <input type="checkbox"/> コントロール <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 心房細動 <input type="checkbox"/> 他の不整脈 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他	点滴	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり 終了見込み 月 日					
		呼吸	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素投与(L/分)					
		意識レベル	<input type="checkbox"/> 意識障害 JCS・GCS()					
		栄養経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> TPN					
病状の安定性	<input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定		排尿	<input checked="" type="checkbox"/> 自尿 <input type="checkbox"/> 間歇導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル				
本人への説明								
家族への説明								
感染症	疥癬(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) 梅毒(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) HBs抗原(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) HCV抗体(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑膿菌(部位 MRSA(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> その他							
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input checked="" type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> 血算 <input checked="" type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他()							
障害評価 (月日)	上肢	<input type="checkbox"/> 正常 左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> 肘と手が一緒に 口の高さに挙がる		<input type="checkbox"/> 手が乳頭に挙がる <input type="checkbox"/> わずかな動き <input checked="" type="checkbox"/> 動かない				
	手指	<input type="checkbox"/> 正常 左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> 何とか指が1本づつ曲げ伸ばし できる		<input type="checkbox"/> 1本づつ動くが曲げ 伸ばしきれない <input type="checkbox"/> 指全体のまとまった 曲げ伸ばしのみ <input checked="" type="checkbox"/> 動かない				
	股関節の曲げ	<input type="checkbox"/> 正常左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかり曲がる <input type="checkbox"/> 何とか曲がる		<input checked="" type="checkbox"/> わずかに曲がる <input type="checkbox"/> 動かない				
	膝の伸ばし	<input type="checkbox"/> 正常左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかり曲がる <input type="checkbox"/> 何とか曲がる		<input checked="" type="checkbox"/> わずかに曲がる <input type="checkbox"/> 動かない				
	足首のそり	<input type="checkbox"/> 正常左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかりそる <input type="checkbox"/> 何とかそる		<input type="checkbox"/> わずかにそる <input checked="" type="checkbox"/> 動かない				
	座位	<input type="checkbox"/> 背もたれ無しで座位がとれる <input checked="" type="checkbox"/> 座位がとれるが傾く、指示にて戻せる		<input type="checkbox"/> 指示をしても傾いている <input type="checkbox"/> 座位がとれない				
	感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 脱失		<input type="checkbox"/> 半側空間失認 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> マヒ側をみる <input type="checkbox"/> 正中まではみる <input type="checkbox"/> 健側のみ				
	失調	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		<input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(うつ傾向あり				
	失行	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い		<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		<input type="checkbox"/> 状況判断能力 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	失語	<input type="checkbox"/> 表出 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input type="checkbox"/> 「時計」が呼称できる <input checked="" type="checkbox"/> 「時計」が呼称できない						
	<input type="checkbox"/> 理解 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input checked="" type="checkbox"/> 「手を挙げて」の指示が入る <input type="checkbox"/> 「手を挙げて」の指示が入らない							
構音障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 「ハ」「タ」「カ」がしっかり聞き取れる <input type="checkbox"/> なんとか聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞き取れない							
嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ゼリーなどのみ試行 <input type="checkbox"/> 非経口							
退院時情報(2月 14日退院) 記入者								
変化・経過 (転院時情報)	<input checked="" type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし 痰がらみがときにあるため、家族に吸引指導をおこなっています。			最終処方・インスリン	<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 薬歴添付あり(この場合処方記載不要)			
バイタルサイン制限	運動時上限	血圧	脈拍	入浴時上限	血圧	脈拍	体温	
退院後回復期病院での経過観察	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 内容		(次回診察日) 年 月 日					
その他特記事項、注意事項	誤嚥性肺炎の再発に注意							

* 送付先：退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院(報告)へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管：回復期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
看護シート【回復期病院作成用】

発行病院
送り先

看護基本情報(月 日退院) 記入者名		記入日 月 日										
姓名(イニシャル可)	千葉 太郎		ID									
身体	身長	165cm	体重 52kg 利き手 <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左									
バイタルサイン	体温	36.0~36.8℃	脈拍 70~90回/分 不整脈 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり									
	収縮期	120~140mmHg	拡張期 70~80mmHg									
	SPO2	93~97%										
処置	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位() 処置方法()											
褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位() 大きさ() グレード() 処置方法()											
意思疎通	ナースコール: <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可 補聴器: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	コミュニケーション手段	<input type="checkbox"/> 口頭 <input checked="" type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他()									
睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 断眠 <input type="checkbox"/> 不眠 眠剤(): <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩											
精神と症状	精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> その他()										
	行動症状	<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 転倒転落 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他()										
	対応	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 四肢抑制 <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> その他()										
移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子自操 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子乗車(時間180分/日) <input type="checkbox"/> ストレッチャー											
食事栄養	経路	<input checked="" type="checkbox"/> 経口、 <input type="checkbox"/> 経管摂取(銘柄、投与量)()kcal、投与時間(時間/回)(<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経口訓練併用) <input type="checkbox"/> TF										
	形態	主食 <input type="checkbox"/> ご飯、 <input type="checkbox"/> 軟飯、 <input type="checkbox"/> 全粥、 <input checked="" type="checkbox"/> ミキサー粥 副食 <input type="checkbox"/> ゼリー、 <input type="checkbox"/> ゼリー食、 <input checked="" type="checkbox"/> ミキサー・ペースト食、 <input type="checkbox"/> やわらか食、 <input type="checkbox"/> 軟葉・刻み食、 <input type="checkbox"/> 常食(下記の副菜コメント参照)										
	水分	<input checked="" type="checkbox"/> とりみあり、(トロミの強さ <input type="checkbox"/> 弱め、 <input checked="" type="checkbox"/> 強め)、(とりみ剤の銘柄・分量など とりみりん3g)、水分量(200 ml)										
	動作	<input type="checkbox"/> 自立(<input type="checkbox"/> 補助具使用)、 <input type="checkbox"/> 見守り必要、 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助(初めは自力摂取、途中から疲れて止まるので介助必要)、 <input type="checkbox"/> 全介助										
	摂取量	全量 <input checked="" type="checkbox"/> 3/4~1/2 <input type="checkbox"/> 1/2~1/4 <input type="checkbox"/> 1/4以下 <input type="checkbox"/> その他()										
	治療食	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(DM食 kcal <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> ワーファリン食 <input type="checkbox"/> タンパク制限()g 特記 <input type="checkbox"/> 禁止食() <input type="checkbox"/> その他()										
口腔の状態	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 開口障害 <input type="checkbox"/> その他()											
排泄	方法	日中:トイレ 夜間:オムツ	次回交換日	サイズ	種類							
	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル	/	Fr							
	失禁	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻	/	Fr							
	便意	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 気管切開	/	mm							
	排便コントロール	最終排便 2 / 13	<input type="checkbox"/> その他()	/								
動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> その他()	/								
入浴	一般浴(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) シャワー浴(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)	バイタル上限										
	<input checked="" type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭	バイタル下限										
日常生活機能評価	患者の状況	得点		特記事項								
		0点	1点		2点							
	床上安静の指示	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり									
	どちらかの手を胸元まで持ち上げられ	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない									
	寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる		<input type="checkbox"/> できない							
	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない									
	座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> 支えがあればできる		<input type="checkbox"/> できない							
	移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要		<input type="checkbox"/> できない							
	移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動	<input checked="" type="checkbox"/> 介助を要する移動(搬送含む)									
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない									
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助							
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助									
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できるときできないときがある	<input type="checkbox"/> できない									
診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ										
危険行動	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> ある										
合計得点	10点											
入院中の経過 食事やリハビリ以外はベッド上臥床希望されることがほとんどである。尿意・便意の訴えもなく、食後にトイレ誘導を行い排泄できているが、既にオムツ内に失禁していることもある。柵につかまり立位保持は出来るが下位動作は全介助状態である。食後咽頭ゴロ音あり、1~2回/日の割合で吸引必要としている。退院に向けて、毎日妻へ退院指導(移乗、更衣、オムツ交換、吸引)を行っているがほぼ自立状態である。												
家族指導 2/10	指導内容	<input checked="" type="checkbox"/> 移動・移乗指導 <input checked="" type="checkbox"/> 食事(経管)・栄養指導 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄(オムツ)・トイレ指導 <input checked="" type="checkbox"/> 更衣指導 <input checked="" type="checkbox"/> その他(吸引)										
指導を受けた方(妻)	退院日バイタルサイン	体温	度	脈拍	回/分	不整脈	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	血圧	/	mmhg	SpO ₂	%

* 送付先: 退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院(報告)へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管: 回復期病院が作成し、原本を保管してください。

平成26年4月版

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート 発行病院
 リハシート【回復期病院作成用】

送り先

リハビリテーション退院時情報(退院)記入者		退院		記入日		
患者名(イニシャル可)	千葉 太郎		生年月日	昭和15年1月1日	ID	
担当	担当PT	PT	担当OT	OT	担当ST	
リハ開始日	PT開始日	2016年1月4日	OT開始日	2016年1月5日	ST開始日	
リハサービス処方単位数/週	PT	21単位	OT	21単位	ST	
禁忌・配慮事項						
リハ拒否など	訓練意欲乏しく、時に訓練拒否があった。					
評価項目	1. 認知症	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明(失語・失行あり精査困難。)				
	2. うつの有無	<input checked="" type="checkbox"/> 評価困難	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 軽症 <input checked="" type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> やや重症 <input type="checkbox"/> 重症) 点			
	2. 意欲	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明(ベッドに横になりたがる。他の患者との交流もない。)				
	4. 訓練中のバイタル変動	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	5. 日常的なコミュニケーション手段	<input type="checkbox"/> 発語 <input type="checkbox"/> 筆談 <input checked="" type="checkbox"/> Yes/No <input type="checkbox"/> その他()				
	6. 握力	右	不可	kg	左	11
	7. 痛み	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(右肩運動時痛)				
	8. Br.stage(手/上肢/下肢)	右(上肢: II 手指: II 下肢: III) 左(上肢: 手指: 下肢:)				
	9. 感覚障害(上肢/下肢)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり: 上肢 <input type="checkbox"/> 重度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 下肢 <input type="checkbox"/> 重度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度				
	10. ROM制限	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(右肩屈曲80°)				
	11. 見当識障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(人の認識は問題なし)				
	12. 問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	13. 半側空間無視障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	14. 失語	<input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> あり(短文の理解可。単語レベルでも浮動的。)				
	15. 失行・失認	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(道具の操作が拙劣なことあり。)				
	16. 記憶障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり()				
	17. 注意障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり()				
	18. 遂行機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	19. 構音障害(有・無)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	20. 嚥下障害(有・無)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり()				
	検査:VF、VE、水のみテスト(有・無)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり: <input checked="" type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> 水飲みテスト				
	嚥下訓練開始日	2016年1月6日 記述 ペースト食、STスプーン使用				
21. 基本動作能力						
ベッド上動作	<input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立()					
座位	<input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立(ベッド柵把持することで数分は保持可能。)					
立位	<input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立()					
院内歩行	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 連続歩行距離約 m					
屋外歩行	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立 連続歩行距離約 m					
階段昇降	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立()					
22. 下肢装具使用(記載)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(記述)					
FIM		入院時点数	退院時点数	福祉用具・介助方法等	FIM(下のセルで退院時移動を選択)	
セルフケア	食事・スプーン	1	3	ペースト食の用意については家族指導を実施。	移動	
	整容	2	3		歩行	
	入浴(洗い動作)	1	2		車イス	
	更衣(上半身)	2	3		階段	
	更衣(下半身)	2	2		小計	
	トイレ動作	1	2		小計	
小計	9	15		コミュニケーション		
排泄	排尿	1	2	日中は時間誘導。夜間はおむつ内失禁	理解(聴覚・視覚)	
	排便	2	3		表出(音声・非音声)	
	小計	3	5		小計	
移乗	ベッド・イス・車イス	2	4	リフト浴。退院後はサービス利用予定。	社会的交流	
	トイレ	2	3		問題解決	
	浴槽・シャワー	1	2		記憶	
	小計	5	9		小計	
FIM合計		30	42	日常生活関連動作 <input type="checkbox"/> 実施 <input checked="" type="checkbox"/> 未実施		
家屋調査の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
必要性のある環境設定	屋内外ともに車いす移動。マンションの入り口に3段の段差あり、サービス利用時(外出時)に可動式スロープを設置することとした。トイレ・浴室の手すりは設置済み。トイレへは車いすで行き、辛うじて介助で便座への移乗が可能であったが、今後の様子でポータブルトイレや尿瓶の対応も検討。ベッドもレンタル済み。					
退院後リハの継続目標	ADL能力の維持・向上、家族の介助能力の評価・指導の継続をお願いしたい。うつ症状あり、臥床傾向。周りから積極的に働きかけないと心身ともに廃用に陥りやすい。					
家族指導	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(家族指導内容) 嚥下障害への対応(吸引含む)、ADL介助指導(起居、移乗、トイレ、更衣)を実施。					
添付資料	<input type="checkbox"/> VF結果 <input type="checkbox"/> SLTA結果 <input checked="" type="checkbox"/> 家屋調査報告書 <input type="checkbox"/> その他()					
特記事項 リハ内容など(サマリー代用可)						

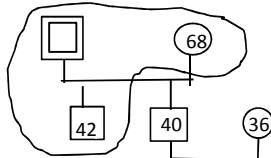
* 送付先: 退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院(報告)へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管: 回復期病院が作成し、原本を保管してください。

平成26年4月版

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
MSWシート【回復期病院作成用】

発行病院
送り先

医療社会事業基本情報(月 日退院)記入者		記入日	月	日
患者名(イニシャル可)	千葉 太郎	生年月日	1940年1月1日	ID
居住地	千葉(都・道・府・県) (市) ■自宅(方) □施設()			
同居家族	□単身 ■配偶者 ■子 □子の家族 □両親 □兄弟姉妹 □その他()			
キーパーソン	氏名(イニシャル可)	続柄	妻	連絡先
介護力・主介護者	■あり □なし ■配偶者 ■子(長男・次男) ■子の家族(次男の妻) □両親 □兄弟姉妹 □その他()			
保険種別	□国保 □社保 ■後期高齢者 □共済 □自賠責・第三者行為 □労災 □生保 担当			
社会福祉制度等申請状況	□未申請 ■介護保険 ■身障手帳 □傷病手当金 □生活保護 □特定疾患 □その他()			
発症前のADL	□自立 □見守り ■一部介助 □全介助			
発症前の社会・生活状況の概要	<p>脳卒中発症後は、介護サービス利用時や週末に子供たちが車を出す時のみ外出していた。</p> <p style="text-align: center;">家族構成</p>  <p style="text-align: right;">妻と長男と同居 長男は平日仕事で多忙 次男夫婦は近隣在住 次男の妻が妻の相談にのっている</p>			
介護保険	■申請中 □支援1 □支援2 □介護1 ■介護2 □介護3 □介護4 □介護5			
サービス調整状況	□なし □住宅改修 ■福祉用具貸与 □訪問介護 ■通所 □入所 □その他()			
ケアマネージャー	□なし ■あり 氏名	〇〇〇	事業所名	連絡先
障害者手帳	■身体障害者手帳(肢体 2級;平衡 級;音声言語 級;そしゃく 級;聴覚 級;視覚 級;内部 級) □申請中 □なし			
	□精神障害者保健福祉手帳(級) □申請中 ■なし			
	□療育手帳(□A □Aの1 □Aの2 □Bの1 □Bの2) □申請中 ■なし			
在宅主治医	医療機関名	〇〇クリニック	主治医名	連絡先
歯科医	医療機関名		主治医名	連絡先
家族的背景+心理面	本人の方向性	■変わらず □職場復帰 ■在宅 □病院(医療・介護) □施設 □未定 □その他		
	希望阻害因子	□経済力 ■介護力不足・介護協力不足等 □介護者不在 ■住宅改修不可能・住宅構造上 ■病態 □職場調整		
	家族の方向性	■変わらず □職場復帰 ■在宅 □病院(医療・介護) □施設 □未定 □その他		
	希望阻害因子	□経済力 ■介護力不足・介護協力不足等 □介護者不在 ■住宅改修不可能・住宅構造上 ■病態 □職場調整		
本人、妻は当初から自宅退院を希望していた。子供たちは、同居の長男が日中は不在で仕事も多忙であること、次男夫婦も仕事をしているため、妻の介護負担が大きくなることを心配していた。最終的には自宅退院を目指すことになった。次男の妻が妻の話しを聞く機会を持つなど精神的なサポートをしている。				
社会的背景+経済面	発症前	□会社員 □公務員 □自営 ■無職 □その他() ■年金(■老齢 □遺族 □障害)		
	退院時	収入 □なし ■あり □傷病手当金 ■年金() □生活保護 ■預貯金 □その他() ■課税 □非課税		
経済的には大きな問題なし				
その他	住宅環境	□戸建て(□所有 □賃貸) ■集合住宅(■所有 □賃貸)(5)階 EV停止(■あり □なし) □その他()		
	障害となる構造	■階段: ■屋外 □屋内(手すり: □なし □上り左 □上り右 □両方) □家への出入り □段差(□浴室 □トイレ □廊下 □玄関) □トイレ □浴槽 □その他()		
	改修状況(済=レ点)	□階段: □屋外 □屋内(手すり: □なし □上り左 □上り右 □両方) □家への出入り □段差(□浴室 □トイレ □廊下 □玄関) □トイレ □浴槽 □その他()		
すでに入院前にトイレの手すり、浴室の改修等は行っており、特に改修は必要がなかった。マンションのエントランスから道路にでるところに3段の階段があり、外出時は可動式スロープを設置し、昇降する予定となった。自宅内のトイレでの排泄が難しい場合はポータブルトイレの購入も検討している。以前利用していたサービスはそのまま再開とし、区分変更後、介護度が上がる場合は通所サービスを増やす予定にしている。				
退院後の生活の場	■自宅 □家族宅 □有料老人ホーム等 □介護施設等 □療養病床 □その他()			

* 送付先: 退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院(報告)へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。
* 保 管: 回復期病院が作成し、原本を保管してください。

歯科基本情報		月	日記入	歯科・口腔外科 歯科医師名	
患者氏名	Tさん	ID		疾患名	脳梗塞
口腔内状況					歯科傷病名
	抗血小板薬・抗凝固薬の使用状況等				
	使用薬剤		エリキュース		
	PT-INR値				
	その他止血機能検査等				
	口腔外科処置に係る注意事項・特記事項				
	アレルギーの有無				
	薬剤/麻酔		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	その他(食物、ラテックス等)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	う蝕	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(3)歯			
歯肉炎・歯周炎	<input type="checkbox"/> なし・軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度				
義歯の状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用)		上顎	<input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input checked="" type="checkbox"/> 部分床義歯	
			下顎	<input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input checked="" type="checkbox"/> 部分床義歯	
義歯の適合状況	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良・破損あり				
口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度				
その他粘膜疾患	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
開口障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 強度				
構音障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ()				
肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり				
口腔衛生	食物残渣/歯垢	<input type="checkbox"/> なし・少量 <input checked="" type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 多量 (部位)			
	義歯清掃	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良			
	舌苔	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 1/2以下 <input type="checkbox"/> 全体にある <input type="checkbox"/> 全体に蓄積			
	口臭	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度			
BDR指標	B 歯磨き(Brushing)	<input type="checkbox"/> ほぼ自分で磨く <input checked="" type="checkbox"/> 部分的には自分で磨く <input type="checkbox"/> 自分で磨けない			
	D 義歯着脱(Denture Wearing)	<input type="checkbox"/> 自分で着脱する <input checked="" type="checkbox"/> 着脱のどちらかができる <input type="checkbox"/> 自分ではまったく着脱しない			
	R うがい(Mouth Rinsing)	<input type="checkbox"/> ブクブクうがいをする <input checked="" type="checkbox"/> 水を口に含む程度はする <input type="checkbox"/> 水を口に含むことも出来ない			
口腔ケア用具等	<input checked="" type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> スポンジ <input type="checkbox"/> 義歯用ブラシ <input type="checkbox"/> 床湿剤 <input type="checkbox"/> 義歯用洗浄剤 <input type="checkbox"/> その他()				
治療の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり				
食事(栄養方法・内容)	<input checked="" type="checkbox"/> 経口(<input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下障害食) <input type="checkbox"/> 経管(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経静脈) <input type="checkbox"/> 経口・経管併用				
機能評価	検査	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> その他()			
	障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 先行期 <input checked="" type="checkbox"/> 準備期 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔期 <input checked="" type="checkbox"/> 咽頭期 <input type="checkbox"/> 食道期)			
	RSST	1回目()秒 2回目()秒 3回目()秒 30秒間の回数()回			
	舌運動	1. 良好 2. <input checked="" type="checkbox"/> やや不十分(左・右・上・下) 3. 不十分			
所見	舌運動が緩慢で送り込み障害を認める				
嚥下訓練必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり				
その他特記事項等	利き手でのブラッシングが困難で、口腔ケアは介助が必要。口腔機能が低下しており口腔機能の維持改善に向けた取り組みが望まれる。				

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
薬剤シート

発行機関
送り先

患者基本情報 (年 月 日記入)			薬剤師名				
患者氏名		生年月日		年齢		性別	
薬剤の管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(<input checked="" type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 施設(施設名:) <input type="checkbox"/> その他()						
指導上の注意	嚥下障害強く誤嚥性肺炎で入院歴あり, ペースト食						
服用方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他()						
副作用・アレルギー ※可能ならば原因薬剤と年月日を記載							
<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明							
服用薬剤							
※ 現在服用中の全薬剤(内服薬・外用薬・注射薬等、定時薬・臨時薬)を記録する。 ※ 「粉砕」・「簡易懸濁」は、現在の状況についてチェック(✓)を入れる。 ※ 数種類の散剤、軟膏剤を混合している場合には、内容も記録する。 ※ 「医療機関等」には、「処方した医療機関、調剤した薬局」の欄より対応する番号を記載する。							
No.		先発医薬品	用法・用量	粉砕	簡易懸濁	医療機関等	
	バルサルタン エリキュース イーケプラドライシロップ	ディオバン エリキュース イーケプラ	80mg/1朝食後 10mg/2朝夕食後 1000mg/2朝夕食後		○ ○ ○		
調剤に関する特記事項							
その他							
一般用医薬品、健康食品等				嗜好品			
<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				<input type="checkbox"/> 喫煙歴 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他			
医療機器・医療材料							
<input type="checkbox"/> 血糖自己測定器 <input type="checkbox"/> その他							
処方した医療機関、調剤した薬局							
	医療機関等の名称	TEL		医療機関等の名称	TEL		
①			⑤				
②			⑥				
③			⑦				
④			⑧				
※かかりつけ薬局には○を付けること。							

※ 院外処方せんを発行する際には、「薬剤シート(本シート)」および「診療情報シート」の写しを添付してください。患者さんへは処方せんと写しを合わせて薬局に提示するように説明してください。

千葉県共用脳卒中地域医療連携パス 栄養シート

施設名: _____ 作成日: 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

連絡先: 直通 代表 作成者 _____

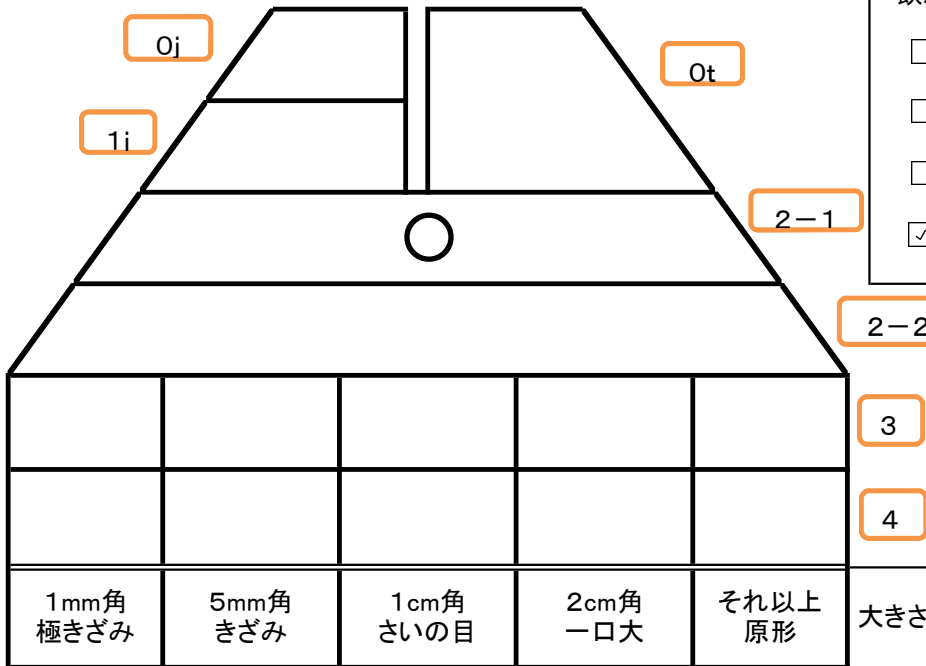
患者氏名: 千葉 太郎 様 年齢: 76 歳 性別: 男 女
 生年月日: M T 15 年 1 月 1 日 身長: 165 cm 体重: 52 kg
 S H BMI: 19.1 標準体重: 59.9 kg

<食事情報> 経口 経管

食種 ミキサー粥 ミキサー食 エネルギー 1800 kcal 蛋白質 60 g
 摂取量: 主 60 % 副 80 % 1260 kcal 経管水分量 追加 総量 ml

その他特記事項
 主食摂取量アップのため、毎食佃煮類(練梅など)付加
 カロリーアップのため、HCゼリー(1個150Kcal)を昼に1個付加 摂取量は良好
 ミキサー食の作り方について、栄養指導を実施

<分類シート>



飲水とろみの状態
 段階0 とろみなし
 段階1 薄いとろみ
 段階2 中間のとろみ
 段階3 濃いとろみ

説明

- Oj: 均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー。
離水が少なく、スライス状にすくうことが可能。
- Ot: 均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したとろみ水。
(原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみのどちらかが適している。)
- 1j: 均質で、付着性・凝集性・硬さ・離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの。
- 2-1: プューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかでべたつかず、まとまりやすいもの。
スプーンですくって食べることが可能なもの。
- 2-2: プューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものも含む。
スプーンですくって食べることが可能なもの。
- 3: 形はあるが、押しつぶしが容易、
食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの。
多量の離水がない。
- 4: 硬さ・ばらけやすさ・貼りつきのないもの。箸やスプーンで切れるやわらかさ。

平成26年4月版

千葉県地域生活連携シート(参考様式)【介護支援専門員 ⇄ 医療機関】

平成23年4月版

(1)入院先の医療機関等名称 様	下記利用者(家族)の同意に基づき、 利用者の身体・生活機能等の情報を 送付しますので、ご活用ください。	(2)送付日 (面談日) 平成 年 月 日
		(3)入院日 (退院日) 平成 年 月 日

(4)利用者氏名 (ふりがな)	(5)生年・性別等 明治 大正 昭和 16年 2月 2日 男 女 (満75歳)	(6)生活保護 無し 有り	(7)障害等認定 無し 療育 精神(2) 特定疾患
(8)要介護度 要介護2	認定有効期間 ~ 年 月 日	(9)障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度) B	(10)認知症高齢者日常生活自立度 Ⅲ
(11)介護サービス利用状況	訪問介護(回/週) 訪問リハ(回/週) 通所リハ(回/週) 居宅療養管理指導	通所介護(回/週) ショート(日/月) 福祉用具	訪問入浴(回/週) その他
(12)同居家族	無し 配偶者 兄弟姉妹 その他 子 子の配偶者	(13)住居 戸建施設 アパート マンション(5階) (エレベータ: 有り 無し)	
(14)主介護者 妻	続柄	同居 別居	電話 就労状況 健康状態
(15)キーパーソン 妻	続柄	同居 別居	電話 (16)緊急連絡先

(17)かかりつけ情報等(医師・歯科医師・訪問看護ステーション・薬局等)

主病名	情報源	医療機関等名称	診療科名等	受診状況等	電話番号	特記事項(既往歴等)
1: 脳梗塞	意見書 家族等	A病院	脳外科	定期受診無し		
2: 高血圧・心房細動	意見書 家族等	Cクリニック	内科	訪問診療		
3:	意見書 家族等					

記入時の身体・生活機能等

(18)記入日: 平成 年 月 日	入院時 入院中 退院時 地域生活期 その他	
(19)麻痺の状況 無し 軽度 中度 重度	麻痺の部位 左上肢 右上肢 その他 左下肢 右下肢	(50)具体的内容
(20)褥瘡の有無 無し 有り(部位:)	(21)皮膚疾患 無し 有り()	
(22)視力 新聞等の字が見える ほとんど見えない 目の前の物が見える 判断不能	(23)眼鏡 無し 有り	
(24)聴力 日常生活に支障なし ほとんど聞こえない 大声なら何とか聞こえる 判断不能	(25)補聴器 無し 有り	
(26)意思の伝達 可 時々可 ほとんど不可 不可	(27)失語症 無し 有り 不明	
(28)認知症症状 無し 記憶障害 幻覚・妄想 暴言・暴力 昼夜逆転 不潔行為 介護への抵抗 抑うつ・不安 徘徊 判断不能		
(29)睡眠の状態 良眠 睡眠障害(眠りが浅い)	(30)眠剤 無し 時々 毎晩	
(31)起居動作 起き上がれる 立ち上がれる 介助が必要 介助が必要 寝たきり	(32)移動 自立 杖無し 歩行器 介助 杖 車椅子	
(33)摂取方法 経口 経管(方法: 胃ろう 内容: ラコール 量: 所要時間:)		
(34)食形態 普通 刻み 嚥下障害食 ミキサー	(35)水分トロミ 無し 有り	
(36)食動作 自立 見守り 一部介助 全介助	(37)食事制限 無し 有り	
(38)口腔環境 良 やや不良 不良 著しく不良	(39)義歯使用 良 不使用 不良 義歯不要	
(40)口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助	(41)方法 歯ブラシ うがい	
(42)排尿介助 自立 見守り 一部介助 全介助	(43)排尿能力 自排尿 間欠導尿 留置カテーテル	
(44)排便介助 自立 見守り 一部介助 全介助	(45)トイレ使用 無し 夜間 常時	
(47)衣服の着脱 自立 見守り 一部介助 全介助	(46)オムツ使用 無し 夜間 常時	
(48)服薬管理 自立 見守り 一部介助 全介助	(49)薬の形状 錠剤 散剤 液剤 その他(簡易懸濁)	
(51)介護上、特に注意すべき点等 介護は妻のみ、同居の息子は日中不在、近隣に次男家族	(52)介護・看取り: 未 に関する本人・家族の意向等	

(53)本シートの記入者

所属	担当	住所
電話	FAX	Eメール
		(54)ケアプラン 作成済 未済

定例の療養法方針を考える【事例検討フレーム】 第7回千葉県脳卒中連携の会 多職種による模擬退院カンファレンス

短期目標：

長期目標：

	問題点 ・ 強み	支援
身体面		
精神面 (エンディング ノートの有無、終末期の意思確 認)		
食事		
起居・移動		
排泄		
入浴		
住環境		
経済面		
生きがい・役割		
家族・交友		