

**実践！多職種による模擬退院カンファレンス (20170205) レジメ**

【部会】 医師分科会 【時間】 9:50～11:50 【会場】 第3会場

【テーマ】 復職希望の強い脳卒中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、職場復帰希望の強い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、地区に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】 脳卒中患者さんの職場復帰希望について考える。患者さんが退院に向けて在宅での生活を始めるにあたり、社会参加の視点を多職種が共有し、それぞれの専門的立場から、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

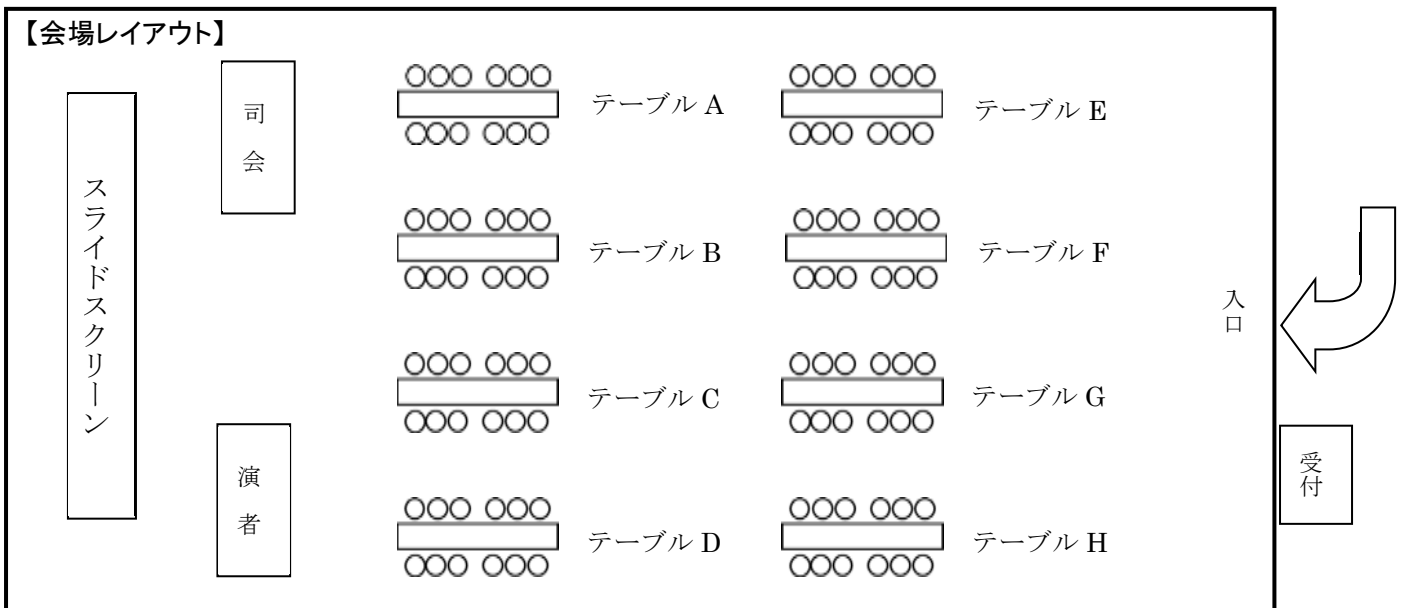
時間	内容	担当
9:30～9:50	受付	総合受付並びに会場受付
9:50～	開会挨拶	千葉県医師会理事 松岡かおり
9:55～(GW説明 10分) (症例説明 5分)	GW説明・進行 事例説明	千葉大学医学部附属病院教授 藤田伸輔 東京湾岸リハビリテーション病院長 近藤国嗣
10:10～10:20 10:20～11:20 (GW 60分)	自己紹介 GW KJ法	進行：藤田伸輔 タイムキーパー：意見交換会事務局
11:20～11:40	GW発表・質疑応答 4グループに分かれる まとめと振り返り	進行：藤田伸輔
11:40～11:50	総評・閉会挨拶	千葉県救急医療センター部長 古口徳雄

【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)

【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】



復職希望の強い患者（急性期退院バージョン）

【症例】

58歳男性。右被殻出血、糖尿病。

身長 168cm。体重 82kg (発症時) 現在 78kg

既往歴 高血圧 アルコール多飲歴あり タバコは40歳まで一日20本だったが職場内禁煙を機に禁煙、以後禁煙を継続中である。営業職にて外食や会食が多いこともあり体重は増加した。

職業：会社役員（規模の大きな会社）営業の管理を中心に行っている。大学卒業後勤続36年。会社に保健室はあり、保健師が常勤。

通勤は電車を利用 片道45分 乗換が1回ある。定年は65歳。

自宅：持ち家、ローンはあと3年残っている。一戸建て二階家。寝室は2階。

バス、トイレは1階にあるも古く現状では使用困難だが改造は可能。

家族：妻と海外在住の娘が一人いるが、現在は妻との二人暮らし。

【経過】

2016年8月右被殻出血にて左片麻痺発症し、入院。急性期に開頭血腫除去術を施行した。本人が創部をひっかいてしまい術後感染を生じたために骨欠損・頭皮下膿瘍に対する長期抗生物質投与を余儀なくされた。この間、急性期病院内で積極的なリハビリテーションを継続し、12月頭蓋形成術を行った。

【12月現在】

重度左片麻痺は残存するが車いす ADL は入浴以外自立、歩行はT字杖、短下肢装具で見守りから軽介助レベル。注意障害は残存し、本人の興味のないものに関しては忘れることが多いが自覚はない。左手は廃用手、半側空間失認はADLレベルでは問題ないレベルとなるが、右側に注意が注がれると左側を見落とすことあり。排泄は日中トイレ、夜間は尿瓶を使用中。排便は便秘気味だが坐薬を使用にて2日に一回排便できている。ただし、坐薬挿入は本人では困難で、妻に練習してもらい可能となっている。

服薬管理は自己管理を数回試したがたまに飲み忘れがある。今回見つかった糖尿病に対してインスリン使用中（1日3回）だが、本人管理はできず看護師に

て施行。妻にての注射の指導を行ったが妻は不安を感じている。

本人は現状でもすぐに復職できると思っており、認知機能低下については自覚していない。介護保険サービスは要介護3で認定は受けているが、本人はサービスを受ける気は全くなく、リハビリも必要ないと感じている。歩けなくても車の運転にての通勤は可能だと言っている。主治医やMSWには介護保険サービスより復職を進めてくれと訴えている。

家族は現状での復職は困難と認識しており、まずは自宅での生活を安定したいと考えている。妻には手指を中心とした軽度のRAがあり、重たいものは持てない状態だが、夫との介助歩行は軽く触れている程度なので可能、下肢には大きな問題がなく公共交通機関の利用も可能で買い物も可能であるが、自動車の免許は持っていない。

糖尿病、体重については、栄養指導を管理栄養士から受け、やせなければならぬとは思いますが、空腹でイライラして家族にあたってしまうことが入院中にあった。自宅に帰つての食事制限ができるかは不明。

妻からの発言「倒れる前にはこんな性格ではなかったのに。少し人が変わったみたいなのがする」

会社側は、お元気になったらいつでも戻ってきてくださいと言っているが、復職にあたっては産業医との相談が必要と言っている。

血圧：100-120/60-70、脈拍：70-80（整）、体温：36.6-37.0

血液検査：

HbA1c 7.0%、BS 100-150、BUN/Cre 24/1,10、AST/ALT 45/38

処方：

アジルバ 20mg 1T/1 朝食後

アダラートCR40mg 2T/2 朝夕食後

マグミット330 4T/2 朝夕食後

ノボラピッドフレックスペン

1日3回（スケール：薬剤シート）

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	男	発症	平成28年8月20日	
	生年月日	年齢	58歳	入院	平成28年8月20日	
疾患名						
<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input checked="" type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> クモ膜下出血		<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 checked="" 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"/> 囊状脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> 解離性動脈瘤 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他( )		病巣部位	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 散在性	
手術		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 有 8月22日(内容) 開頭血腫除去術 <input checked="" type="checkbox"/> 有 9月10日(内容) 骨片除去、洗浄デブリ 12月22日 頭蓋形成術		サイズ		
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( ) <input type="checkbox"/> 右マヒ <input checked="" type="checkbox"/> 左マヒ <input type="checkbox"/> 両マヒ <input type="checkbox"/> 失調 <input checked="" type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 視野障害 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他					
特記事項(手術・既往など)	アルコール多飲歴有り、タバコは40歳まで1日40本だったが職場内禁煙を機に禁煙					
現病歴	8月20日会議中に突然左片麻痺意識障害で発症し入院した。重度の左片麻痺、共同偏倚など認め、CTで右被殻出血を認めた。当面保存的に加療したが、意識障害が進行し、22日血腫除去術を行った。その後、意識障害は改善したが、抜糸後創部を手でひかいてしまい硬膜外膿瘍となり、9月10日開頭手術(骨片除去・洗浄デブリ)を行い、その後1ヶ月間抗生剤点滴による治療を行った。頭蓋骨欠損の状態回復期への転院時期を過ぎたため、当院でリハビリテーションを継続した。感染兆候は落ち着いており、12月22日頭蓋形成術を施行し、感染の再発に関して経過観察しながら、リハビリテーションを継続し、自宅退院は可能と判断した。		投薬内容・インスリン	<input checked="" 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	安定した状態ですが、感染の再燃に注意が必要なので、しばらく定期的な経過観察をします。まずは自宅生活に慣れることが大切。外出は車いすで御家族と一緒にしてください。装具は常に装着してください。		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( )		
			リハ施行	<input checked="" type="checkbox"/> PT <input checked="" type="checkbox"/> OT <input checked="" type="checkbox"/> ST		
			栄養経路	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう( 月 日 ) <input type="checkbox"/> TPN		
感染症	疥癬( <input checked="" type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> -) 梅毒( <input checked="" type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> -) HBs抗原( <input checked="" type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> -) HCV抗体( <input checked="" type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑膿菌(部位 ) MRSA( <input checked="" 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;					
添付資料	<input type="checkbox"/> 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( )					
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 checked="" type="checkbox"/> わずかな動き <input 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できない	<input checked="" type="checkbox"/> 指全体のまとまった曲げ伸ばしのみ <input 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"/> しっかりそる <input type="checkbox"/> 何とかそる <input checked="" type="checkbox"/> わずかにそる <input type="checkbox"/> 動かない				
	座位	<input checked="" type="checkbox"/> 背もたれ無しで座位がとれる <input 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		半側空間失認	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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		精神障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
	失行	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い		記憶障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(関心のないものは忘れる) <input type="checkbox"/> 状況判断能力 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	失語	表出 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input type="checkbox"/> 「時計」が呼称できる <input type="checkbox"/> 「時計」が呼称できない				
	理解 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 「バ」「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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input 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 記入日 月 日						
転院までの増悪等	<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし		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(この場合は処方記載不要)		
退院後急性期病院での経過観察	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要 内容 CT、MRI、創の観察など (次回診察日) 2017年 3月頃					
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
その他特記事項、禁忌・注意事項	<input type="checkbox"/> MRI( )					

\* 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  
 歯科診療情報シート【急性期/回復期病院作成用】

発行病院

送り先

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				ID		
口腔衛生/自立度	歯磨き	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	うがい	コップの水を自分で口に含むこと ( <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない )				
		<input checked="" type="checkbox"/> 強いうがいができる <input type="checkbox"/> 口に含む程度 <input type="checkbox"/> 飲み込んでしまう <input type="checkbox"/> むせる				
	義歯着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 着脱のどちらかを介助( <input type="checkbox"/> 着 <input checked="" type="checkbox"/> 脱 ) <input type="checkbox"/> 全介助				
	義歯清掃	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
義歯管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
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"/> スポンジブラシ <input type="checkbox"/> 義歯ブラシ <input type="checkbox"/> 保湿剤 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯洗浄剤 <input type="checkbox"/> その他( )					
専門職による口腔ケアの必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
う蝕	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり( <input checked="" type="checkbox"/> 緊急を要する <input type="checkbox"/> いずれ治療が必要    部位: 左下4(PDの鉤歯) )					
歯肉炎・歯周炎	<input type="checkbox"/> なし・軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input checked="" type="checkbox"/> 重度					
口腔乾燥	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input 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( )					
義歯の状況	有無	上顎 <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用 ) <input checked="" type="checkbox"/> なし 下顎 <input checked="" type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 使用 <input checked="" type="checkbox"/> 不使用 ) <input type="checkbox"/> なし				
	適合状況	上顎 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適合・破損				
		下顎 <input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 不適合・破損				
	使用状況	<input type="checkbox"/> 就寝時以外常時使用 <input checked="" type="checkbox"/> 食事時のみ <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> その他( )				
清掃状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 要改善					
治療の必要性の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> う蝕 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯 <input checked="" type="checkbox"/> その他: 歯周病 )					
嚥下機能の評価	検査	<input checked="" type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> その他( )				
	所見					
	嚥下訓練の内容					
嚥下訓練の必要性の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )					
その他特記事項等	下顎PD装着の際咬んで装着し、外す際一部介助が必要。左下の鉤歯が動揺著しく自発痛を最近訴えている。他の部位も全顎的に重度歯周病。					
				最終歯科受診日		

歯肉:【なし・軽度】総義歯又はほぼ縁上歯石に限られる状態【中等度】ほとんどの部位に縁下歯石が及ぶもの【重度】ほとんどの歯に縁下歯石が認められ、多くの動揺歯が存在する  
 口腔乾燥:【軽度】唾液の粘性亢進、やや唾液が少ない、唾液が糸を引く、泡が見られる等の状態【重度】唾液が舌粘膜上に見られない状態  
 他関連情報は以下シートをご参照ください。  
 感染症状況・アレルギー状況・・・診療情報シート(急性期・回復期)  
 PT-INR等データ・・・添付資料  
 炎の状況等・・・看護シート  
 情報・・・薬剤シート  
 害の状況・・・リハシート  
 の状況・・・栄養シート

肺  
 薬剤  
 構音障  
 食事・栄養

※退院後できるだけ早期にこのシートをかかりつけ歯科医にご提示ください。 平成27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  
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(イニシャル可)							生年月日	ID			
身体	身長	168	cm	体重	78	Kg					
食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> 車椅子乗車(時間 分/回) <input type="checkbox"/> ベッド									
	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
	移乗動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
意思疎通	<input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> ムラあり <input type="checkbox"/> 不可			<input checked="" type="checkbox"/> ナースコール			<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input 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 type="checkbox"/> 良眠 <input checked="" type="checkbox"/> 断眠 <input type="checkbox"/> 不眠			<input checked="" type="checkbox"/> 眠剤使用			<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 時折 <input type="checkbox"/> 毎晩			
	精神症状	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input 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 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 記入日 月 日											
バイタルサイン	体温	~	度	脈拍	~	不整脈	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	血圧	収縮期	~	
褥そう(内容)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処置方法:						拡張期	~			
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"/> TPN									
	形態	<input checked="" type="checkbox"/> 主食 <input checked="" type="checkbox"/> ご飯、 <input type="checkbox"/> 軟飯、 <input type="checkbox"/> 全粥、 <input type="checkbox"/> ミキサー粥									
	副食	<input type="checkbox"/> ゼリー、 <input type="checkbox"/> ゼリー食、 <input 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 (下記の副食コメント参照)									
	水分	<input type="checkbox"/> とろみあり、(とろみの強さ <input type="checkbox"/> 弱め、 <input type="checkbox"/> 強め)、(とろみ剤の銘柄・分量など )、水分量 ( ml)									
	動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立( <input type="checkbox"/> 補助具使用)、 <input type="checkbox"/> 見守り必要、 <input type="checkbox"/> 一部介助( )、 <input type="checkbox"/> 全介助									
	摂取量	<input checked="" type="checkbox"/> 全量 <input 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 checked="" type="checkbox"/> あり(DM食 1600 kcal <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> ワファリン食 <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 checked="" 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:トイレほぼ自立 夜間:尿瓶			伝達事項	留置カテーテル	最終交換日	サイズ	種類		
	尿意	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし				<input type="checkbox"/>	/	Fr			
	失禁	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				<input type="checkbox"/>	/	Fr			
	便意	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし				<input type="checkbox"/>	/	mm			
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 内服 <input checked="" type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> GE <input type="checkbox"/> 摘便				<input type="checkbox"/>	/				
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"/>	/						
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴( <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭							バイタル上下限			
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 checked="" type="checkbox"/> できる		<input 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 checked="" type="checkbox"/> できる		<input type="checkbox"/> できない					
	座位保持			<input checked="" type="checkbox"/> できる		<input type="checkbox"/> 支えがあればできる			<input type="checkbox"/> できない		
	移乗			<input checked="" type="checkbox"/> できる		<input 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 checked="" type="checkbox"/> できる		<input type="checkbox"/> できない					
	食事摂取			<input checked="" type="checkbox"/> 介助なし		<input type="checkbox"/> 一部介助			<input type="checkbox"/> 全介助		
	衣服の着脱			<input checked="" type="checkbox"/> 介助なし		<input type="checkbox"/> 一部介助			<input type="checkbox"/> 全介助		
他者への意思の伝達			<input checked="" type="checkbox"/> できる		<input 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 checked="" type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ						
危険行動			<input checked="" type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> あり						
合計得点				1点							
その後の経過(サマリ代用可)											
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	36.0~37.0度	脈拍	70~80	不整脈	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	血圧	100~120/60~70	<input checked="" type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> :96~98		

\* 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  
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		58歳		ID								
リハ開始日		2016年 8月 21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)		なし												
2. リハ拒否など		なし												
3. 失語		■なし □あり( ) □不明												
4. 嚥下障害(有・無)		■なし □あり( ) □不明												
5. 端座位		□未実施 □全介助 □部分介助 ■自立												
6. 立位		□未実施 □全介助 □部分介助 ■自立												
7. 歩行		□未実施 □全介助 ■部分介助 □自立												
特記事項														
退院時情報( 月 日退院) 記入者 記入日 月 日														
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 10		OT 10		ST 3								
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		□0 □1 □2 □3 ■4 □5 □6						FIM		点数			
	2. 認知症		■なし □あり( ) □不明						セルフケア					
	3. 意欲		■なし □あり □不明						食事・スプーン		7			
	4. 訓練中のバイタル変動		■なし □あり( )						整容		7			
	5. 配慮事項		(記述)						入浴(洗い動作)		5			
	6. 日常的なコミュニケーション手段		発語						更衣(上半身)		6			
	7. 握力		右 25 kg /左 不可 kg						更衣(下半身)		6			
	8. 痛み		□なし ■あり(他動運動時に左肩の痛み)						トイレ動作		6			
	9. Br.stage(手/上肢/下肢)		右		上肢( )手指( )		下肢( )		小計		37			
			左		上肢(Ⅲ)手指(Ⅲ)		下肢(Ⅲ)		排泄コントロール					
	10. 感覚障害(上肢/下肢)		上肢		□なし ■あり(□重度 ■中等度 □軽度) □不明						排尿		5	
			下肢		□なし ■あり(□重度 ■中等度 □軽度) □不明						排便		4	
	11. ROM制限		□なし ■あり(左肩屈曲90° 左股関節屈曲100° 外転20° 内旋0°)						小計		9			
	12. 半側空間無視障害		□なし ■あり □不明 ADLにはあまり影響はないが、右に注意						移乗					
	13. 見当識障害		■なし □あり □不明						ベッド・イス・車イス		6			
	14. 問題行動		時にイラつき家族に当たることがある						トイレ		6			
	15. 失語		■なし □あり □不明						浴槽・シャワー		1			
	16. 構音障害(有・無)		■なし □あり □不明						小計		13			
	17. 嚥下障害(有・無)		■なし □あり □不明						移動					
			検査:VF、VE、水のみテスト(有・無)						歩行		4			
		嚥下訓練開始日 年 月 日 (記述)						車椅子		6				
18. リハ経過(動作練習実施の有無)								階段		4				
ベッド上動作		□未実施 ■実施 : 開始 年 月 日						小計		14				
座位		□未実施 ■実施 : 開始 年 月 日						コミュニケーション						
移乗		□未実施 ■実施 : 開始 年 月 日						理解(聴覚・視覚)		5				
立ち上がり・立位		□未実施 ■実施 : 開始 年 月 日						表出(音声・非音声)		7				
立ち上がり回数		□未実施 □1~10回 □11~20回 ■20回以上 手すり使用						小計		12				
歩行		□未実施 ■実施 : 開始 年 月 日 部分介助						社会認識						
応用歩行(階段・屋外など)		□未実施 ■実施 : 開始 年 月 日 部分介助						社会的交流		5				
19. 基本動作能力								問題解決		4				
ベッド上動作		□全介助 □部分介助 □自立						記憶		4				
端座位		□未実施 □全介助 □部分介助 ■自立						小計		13				
立位		□未実施 □全介助 □部分介助 ■自立 部分介助						□できる ■している FIM合計		92				
歩行		□未実施 □全介助 ■部分介助 □自立												
20. 下肢装具使用(記載)		□なし □あり:(記述)												
特記事項 リハ内容・途中終了など(サマリー代用可)写真による家屋評価を行った。玄関、トイレ、浴室の手すり設置および特殊寝台、シャワーチェアの導入が必要と提案したが、実施されていない。歩行能力の維持向上。自己の現状認識の低下に対する対応。(介護保険サービスの使用は必要ないと考えている)														
添付資料		□VF結果 □SLTA結果 □その他( )												
在宅リハの継続目標 本人・家族の希望		□通院 □通所 □訪問												

\* 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バス 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) (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		
(妻)の希望	□不明 □職場復帰 ■在宅 □病院(医療・介護) □施設 在宅での安定した生活を優先したい		
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( )		
<b>特記事項</b> 妻と2人暮らし。ADL自立。 会社役員。営業の管理を中心に行っていた。 通勤は電車を利用。片道45分。乗換1回。 大学卒業後36年間現在の会社に勤めている。 アルコール多飲歴あり タバコは40歳まで1日20本 職場内禁煙を機に禁煙。以後禁煙を継続中。 営業職のため、外食や会食が多いこともあり体重は増加した 妻と2人暮らし。妻は軽度のリウマチあり、娘は海外在住  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 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: すぐにも復職できるとしており、認知機能低下については自覚していない。 退院後はサービスの利用やリハビリ継続の必要はないと考えてる。 歩行が困難でも、車の運転にて通勤は可能と考えている。 自宅退院にあたっての支援は必要なく、復職を進めてほしいと希望がある。  妻: 手指を中心とした軽度のリウマチがあり、重いものは持てない状態。公共交通機関の利用や買い物可能。自動車免許なし。 現状での復職は困難と認識しており、まずは自宅生活の安定を希望されている。 本人の性格の変化を感じている。 坐薬の挿入は習得されている。インスリン注射の指導を受けているが、不安を感じている。			
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(□高齢 □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( ))	
持ち家のローンがあつと3年残っている。  仕事は休職中。傷病手当金を受給している。 規模の大きな会社。保健室があり、保健師が常勤している。定年は65歳。 長きにわたつての功績もあり、会社からは「お元気になったらいつでも戻ってきてください」と言われているが、復職にあたっては産業医との相談が必要。			
その他	住宅環境	■戸建て(■所有 □賃貸) □集合住宅(□所有 □賃貸) ( )階 EV停止(□あり □なし) □その他( )	
	障害となる構造	□不明 □なし □あり	
	一戸建て2階家。改修可能。 寝室は2階。トイレと浴室は1階にあるが、古い為現状では使用困難。		
在宅移行に必要なサービス	□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。



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	58歳	性別	男性
薬剤の管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(□夫・妻 □その他) <input type="checkbox"/> 施設(施設名: ) <input type="checkbox"/> その他( )						
指導上の注意	自己管理を数回試したがたまに飲み忘れることがある。						
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。 ※ 「粉碎」「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.	調剤医薬品	先発医薬品	用法・用量	粉碎	簡易懸濁	医療機関等	
1	アジルバ錠 20mg		1錠 分1 朝食後			①	
2	アダラートCR錠 40mg		2錠 分2 朝・夕食後			①	
3	マグミット錠 330mg		4錠 分2 朝・夕食後			①	
4	ノボラピッド注フレックスペン		スライディングスケール(特記事項)			①	
5	新レシカルボン坐剤		2日に1回使用			①	
調剤に関する特記事項							
血糖値(mg/dL) >80 0単位。さらにブドウ糖10gを経口摂取 80~139 0単位 140~200 2単位 201~250 4単位 251~300 6単位 >300 6単位							
その他							
一般用医薬品、健康食品等				嗜好品			
<input checked="" type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				<input checked="" type="checkbox"/> 喫煙歴 <input checked="" type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他 タバコ40歳まで1日20本 アルコール多飲歴あり			
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。							

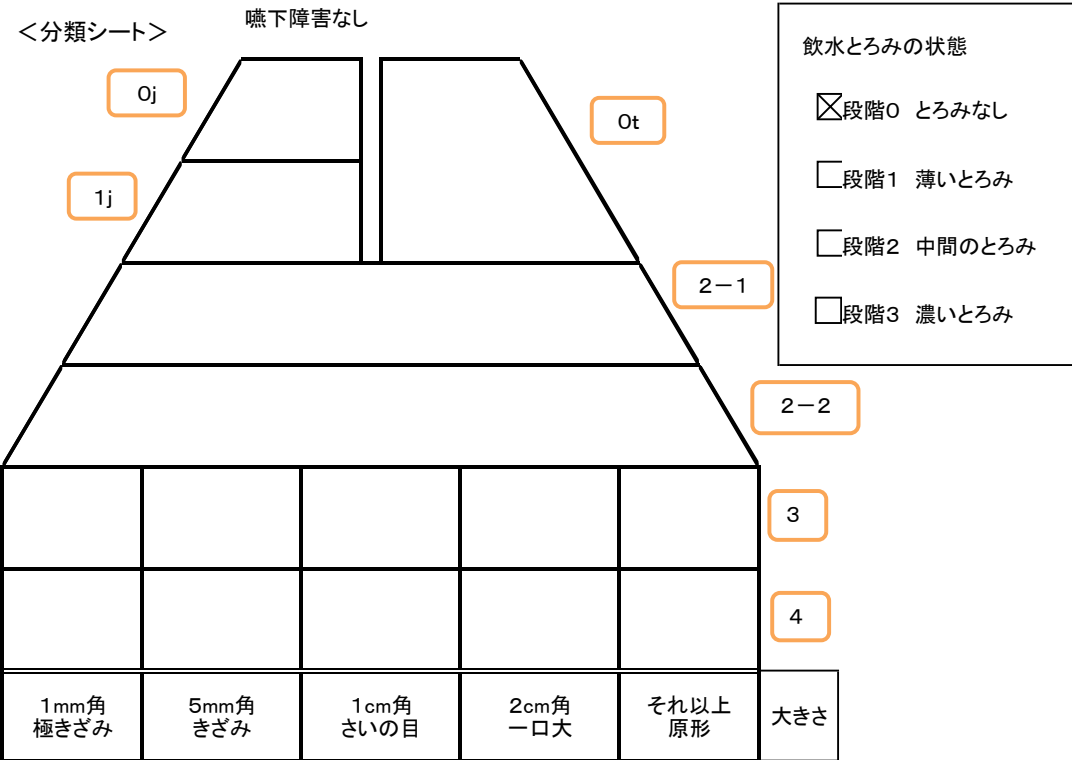
千葉県脳卒中連携 栄養シート(栄養科へ送ってください)

栄養シート

発行施設

患者氏名: _____ 様	連絡先: <input type="checkbox"/> 直通 <input type="checkbox"/> 代表
生年月日: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日	作成日: H 年 月 日 作成者: _____
年齢: 58 歳 計測日 _____ 性別: <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	送り先 <input type="checkbox"/> 急性期 <input type="checkbox"/> 回復期 <input checked="" type="checkbox"/> 生活期
身長: 168 cm ( ) BMI: 27.6	
体重: 78 kg ( ) 標準体重: 62.1 kg	
※入院時体重(測定記録があれば記入) : 82 kg	
<食事情報> <input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管	
食種 糖尿病食1600kcal(米飯150g常菜)	エネルギー 1600 kcal 蛋白質 75 g
摂取量: 主 100 % 副 100 % 1600 kcal	経管水分量 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 総量 ml

その他特記事項  
 糖尿病食の栄養指導実施  
 適正体重と血糖コントロールを目指したエネルギー調整と栄養バランスについて。(排便状況・血圧にも留意。)  
 間食の禁止を家族にあたることもあったため、ご本人に合わせた満足感の得られる工夫をするなど  
 今後も継続的なフォローが望ましい。



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: ピューレ・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: ピューレ・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。

## 復職希望の強い患者（回復期バージョン）

### 【症例】

58歳男性。右被殻出血、糖尿病。

身長 168cm 体重 82kg（発症時）現在 78kg

既往歴 高血圧 アルコール多飲歴あり タバコは 40 歳まで一日 20 本だったが職場内禁煙を機に禁煙、以後禁煙を継続中だが、営業職にて外食や会食が多いこともあり体重は増加した。

職業：会社役員（規模の大きな会社）営業の管理を中心におこなっている。大学卒業後勤務 36 年。会社に保健室はあり、保健師が常勤。

通勤は電車を利用 片道 45 分 乗換が 1 回ある。定年は 65 歳。

自宅：持ち家、ローンはあと 3 年残っている。一戸建て二階家。寝室は 2 階。バス、トイレは 1 階にあるも古く現状では使用困難だが改造は可能。

家族：妻と海外在住の娘が一人いるが、現在は妻との二人暮らし。

### 【経過】

2016 年 8 月発症 右被殻出血にて左片麻痺呈し、急性期病院にて保存的に加療。重度左片麻痺、注意障害、左側空間失認、神経因性膀胱が残存し 9 月回復期リハ病院に転院。3 か月間集中的にリハビリを施行した。

### 【12 月現在】

重度左片麻痺は残存も車いす ADL は入浴以外自立、歩行は短下肢装具と T 字杖使用にてみまもりから軽介助レベル。注意障害は残存し、本人の興味のないものに関しては忘れることが多いが自覚はない。左手は廃用手、半側空間失認は ADL レベルでは問題ないレベルとなるが、右側に注意が傾かれると左側を見落とすことあり。排泄は日中トイレ、夜間は尿瓶を使用中。排便は便秘気味で下剤にてコントロールしながら、坐薬使用にて 2 日に一回排便できている。ただし、坐剤挿入は本人では困難で、妻に練習してもらい可能となっている。

服薬管理は自己管理を数回試したがたまに飲み忘れがある。今回見つかった糖尿病に対してインスリン使用中（1 日 3 回）だが、本人管理はできず看護師にて施行。妻にての注射の指導を行ったが妻は不安を感じている。

本人は現状でもすぐに復職できると思っており、認知機能低下については自覚していない。介護保険サービスは要介護 3 で認定を受けているが、本人はサ

ービス受ける気は全くなく、リハビリも必要ないと感じている。歩けなくても車の運転にての通勤は可能だと言っている。主治医や MSW には介護保険サービスより復職を進めてくれと訴えている。

家族は現状での復職は困難と認識しており、まずは自宅での生活を安定したいと考えている。妻には手指を中心とした軽度の RA があり、重たいものは持てない状態だが、夫との介助歩行は軽く触れている程度なので可能、下肢には大きな問題がなく公共交通機関の利用も可能で買い物も可能であるが、自動車の免許は持っていない。

糖尿病、体重については、栄養指導を管理栄養士から受け、やせなければならぬとは思いますが、空腹でイライラして家族にあたってしまうことが入院中にあった。自宅に帰っての食事制限ができるかは不明。

妻からの発言「倒れる前にはこんな性格ではなかったのに。少し人が変わったみたいなのがする」

会社側は、長きにわたっての功績もあり、お元気になったらいつでも戻ってきてくださいと言っているが、復職にあたっては産業医との相談が必要と言っている。

血圧：100-120/60-70、脈拍：70-80（整）、体温：36.6-37.0

血液検査：

HbA1c 7.0%、BS 100-150、BUN/Cre 24/1.10、AST/ALT 45/38

処方：

アジルバ 20mg 1T/1 朝食後

アダラートCR40mg 2T/2 朝夕食後

マグミット 330 4T/2 朝夕食後

ノボラピッドフレックスペン

1日3回（スケール：薬剤シート）

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	ID 999999 生年月日	性別 男性 年齢 58歳	発症 平成 28 年 8 月 日 入院 平成 28 年 9 月 日			
機能障害	<input type="checkbox"/> 右マヒ <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他(高次脳機能障害)					
既往症及び生活習慣	<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 点 <input type="checkbox"/> うつ症状 GDS 点 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" 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"/> 肝機能障害 ( ) <input type="checkbox"/> 腎障害 ( ) <input type="checkbox"/> 認知症 ( ) <input type="checkbox"/> 脳血管障害 ( ) <input type="checkbox"/> MRSA感染症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input checked="" type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他(アルコール多飲歴あり タバコは40歳まで一日20本 だったが職場内禁煙を機に禁煙)					
入院中合併症	<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"/> 深部静脈血栓症 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
回復期入院経過	<p>入院時は重度の左片麻痺・高次脳機能障害(左半側空間無視・注意障害)を認めました。左短下肢装具を作成し、動作訓練を施行。約3カ月の経過で、歩行は杖・短下肢装具を使用し見守り～軽介助レベル、ADLは入浴以外自立レベルとなっております。注意障害および左半側空間失認の残存により、日常生活において左方の障害物の見落としを認めるため、適宜注意を促すように声掛けを行う必要があります。</p>		投薬内容・インスリン <input checked="" type="checkbox"/> 薬歴添付・薬剤シートあり(この場合処方記載不要)		自己管理 <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 禁忌薬剤( )	
リスク因子	高血圧	コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	点滴	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり 終了見込み 月 日		
	高脂血症	コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	呼吸	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素投与( L/分 )		
	糖尿病	コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	意識レベル	<input type="checkbox"/> 意識障害 JCS・GCS ( )		
	心房細動	その他の不整脈 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	栄養経路	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 安定 <input 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	<p>は自宅生活に慣れることが大事です。外出は車椅子でご家族といっしょに行ってください。装具は常に装着してください</p>					
家族への説明	<p>同上</p>					
感染症	疥癬( <input type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> -) 梅毒( <input type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> -) HBs抗原( <input type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> -) HCV抗体( <input type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑膿菌(部位)					
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 血算 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他( )					
障害評価 (12月)	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 口の高さに挙がる	<input type="checkbox"/> 手が乳頭に挙がる	<input checked="" type="checkbox"/> わずかな動き <input 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本づつ曲 げ伸ばしきれ	<input type="checkbox"/> 1本づつ動くが曲げ 伸ばしきれない	<input checked="" type="checkbox"/> 指全体のまとまった 曲げ伸ばしのみ <input type="checkbox"/> 動かない
	投関節の曲げ	<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 checked="" type="checkbox"/> 背もたれ無しで座位がとれる <input 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	半側空間失認		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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	精神障害		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
	失行	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い	記憶障害		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 状況判断能力 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	失語	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input type="checkbox"/> 「時計」が呼称できる <input type="checkbox"/> 「時計」が呼称できない				
	理解	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input 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					
変化・経過 (転院時情報)		<input checked="" type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし		最終処方・インスリン	<input type="checkbox"/> 変更あり <input checked="" 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 150/-	脈拍 120/min	入浴時上限	血圧 150/-	脈拍 120/min 体温 37.5°
退院後回復期病院での経過観察	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要 内容 在宅生活及び自宅内動作の確認		(次回診察日) 29 年 1 月 頃			
その他特記事項、注意事項						

\* 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)	生年月日			ID							
身体	身長	168cm	体重	78Kg	利き手 <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左						
バイタルサイン	体温	36.0~37.0 度	脈拍	70~80 回/分	不整脈 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	血圧	収縮期 100 ~ 120 mmHg ・拡張期 60 ~ 70 mmHg									
	SPO2	96 ~ 98 %									
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 checked="" type="checkbox"/> 可 <input 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							
	補聴器	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<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										
精神動と症状	精神症状	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input 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 checked="" type="checkbox"/> その他( 易怒性 )									
	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 checked="" 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 type="checkbox"/> 車椅子乗車(時間 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"/> T									
	形態	主食 <input checked="" type="checkbox"/> ご飯、 <input type="checkbox"/> 軟飯、 <input type="checkbox"/> 全粥、 <input type="checkbox"/> ミキサー粥									
	副食	<input type="checkbox"/> ゼリー、 <input type="checkbox"/> ゼリー食、 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 常食 (下記の副菜コメント参照)									
	水分	<input type="checkbox"/> 口どろみあり、(トロミの強さ <input type="checkbox"/> 弱め、 <input type="checkbox"/> 強め)、(とろみ剤の銘柄・分量など )、水分量 ( ml)									
	動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立(口補助具使用)、 <input type="checkbox"/> 見守り必要、 <input type="checkbox"/> 一部介助( )、 <input type="checkbox"/> 全介助									
	摂取量	<input checked="" type="checkbox"/> 全量 <input 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 type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(DM食 1600 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 checked="" type="checkbox"/> その他( 間食禁止 )										
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:尿器	伝達事項	次回交換日	サイズ	種類				
	尿意	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> 留置カテーテル	/	Fr				
	失禁	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻	/	Fr				
	便意	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input 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 /			<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	収縮期 150mmHg						
	機械浴 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭			バイタル下限	拡張期 90mmHg						
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 checked="" type="checkbox"/> できる	<input 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 checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない								
	座位保持	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない							
	移乗	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input 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 checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない								
	食事摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
衣服の着脱	<input checked="" type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助								
他者への意思の伝達	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input 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 checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ									
危険行動	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> ある									
合計得点	1点			義歯 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
入院中の経過: 重度左片麻痺、注意障害強かったが、リハビリと継続的な指導を行い、転倒なく軽介助で補助具使用し歩行できるまでに改善。排泄に関しては日中はトイレに行き見守り下でトイレ動作可能、夜間は臥床したまま自分で尿器を使用し排尿できるが、片付けは介助が必要。排便コントロールについては下剤服用しているが、便秘傾向で1回/2日の割合で座薬使用し排便あり。自分で挿肛できず、妻へ指導を行った。内服は飲み忘れあり自己管理できず、血糖測定やインシュリン注射の手技獲得訓練を行うが、覚えられず拒否されたため、妻に指導を行っている。血糖コントロールは食事療法、インシュリンでコントロールできているが、間食を禁止されていることで家族に強くあたることもあり。											
家族指導	12月 20日	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 type="checkbox"/> 更衣指導 <input checked="" type="checkbox"/> その他(血糖測定、インシュリン注射、座薬挿肛)								
指導を受けた方( 本人、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	SpO2	%

\* 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  
リハシート【回復期病院作成用】

発行病院

送り先

リハビリテーション退院時情報(退院)記入者				記入日						
患者名(イニシャル可)	担当PT	担当OT	担当ST	生年月日	ID					
				58才						
リハ開始日	PT開始日	OT開始日	ST開始日							
	2016年9月1日	2016年9月1日	2016年9月1日							
リハサービス処方単位数/週	PT	OT	ST							
	21	21	8							
禁忌・配慮事項										
リハ拒否など	特になし									
評価項目	1. 認知症	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明( )								
	2. うつの有無 <input type="checkbox"/> 評価困難	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> やや重症 <input type="checkbox"/> 重症 ) 点								
	2. 意欲	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明( )								
	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 checked="" type="checkbox"/> 発語 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> Yes/No <input type="checkbox"/> その他( )								
	6. 握力	右 25 kg 左 不可 kg								
	7. 痛み	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(他動運動時に左肩の痛み)								
	8. Br.stage(手/上肢/下肢)	右(上肢: 手指: ) 左(上肢: III 手指: III 下肢: III )								
	9. 感覚障害(上肢/下肢)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり: 上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 重度 <input 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( 左肩屈曲90°、左股関節屈曲100°、外転20°、内旋0°、足関節背屈0° )								
	11. 見当識障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )								
	12. 問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(ときにイラつき家族にあたることもある。)								
	13. 半側空間無視障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(ADLにはあまり影響なくなったが、右に注意が傾くと左側を見落とす。)								
	14. 失語	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> あり( )								
	15. 失行・失認	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )								
	16. 記憶障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )								
	17. 注意障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(本人の興味が無いことは忘れてしまうことが多い。)								
	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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )								
	検査:VF、VE、水のみテスト(有・無)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> 水飲みテスト								
嚥下訓練開始日	記述									
21. 基本動作能力										
ベッド上動作	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 自立(手すり使用)									
座位	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 自立( )									
立位	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 自立(手すり使用)									
院内歩行	<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 連続歩行距離約 100 m									
屋外歩行	<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 連続歩行距離約 20 m									
階段昇降	<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( )									
22. 下肢装具使用(記載)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(記述) 短下肢装具、T字杖									
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)	入院時点数	退院時点数	福祉用具・介助方法等			
セルフケア	食事・スプーン	5	7	シャワーチェアの使用。	移動	歩行	1	4	外出は車いす使用が望ましい。	
	整容	4	7			車イス	2	6		
	入浴(洗い動作)	2	5			階段	1	4		
	更衣(上半身)	2	6		小計	2	8			
	更衣(下半身)	2	6		コミュニケーション	理解(聴覚・視覚)	4	5		注意低下により理解不十分なことがある。
	トイレ動作	2	6			表出(音声・非音声)	6	7		
小計	17	37		小計	10	12				
排泄	排尿	3	5	日中はトイレ、夜間は尿瓶を使用。座薬挿入の介助。	社会認識	社会的交流	5	5	自己管理の薬の飲み忘れあり。インスリン自己管理困難。車の運転にて通勤可能ですぐに復職できると考えている。	
	排便	3	4			問題解決	3	4		
	小計	6	9			記憶	3	4		
移乗	ベッド・イス・車イス	3	6	機械浴を実施中。訓練では浴槽移乗麻痺例の出し入れ、浴槽内立ち上がりで軽く引き上げる介助	小計	11	13			
	トイレ	2	6		FIM合計	52	92			
	浴槽・シャワー	1	1		日常生活関連動作	<input type="checkbox"/> 実施 <input checked="" type="checkbox"/> 未実施				
小計	6	13								
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	写真による家屋評価を行った。玄関、トイレ、浴室の手すり設置および特殊寝台、シャワーチェアの導入が必要と提案したが、実施されていない。									
退院後リハの継続目標	歩行能力の維持向上。自己の現状認識の低下に対する対応。(介護保険サービスの使用は必要ないと考えている) 復職する際は、職場との調整の支援。									
家族指導	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(家族指導内容) 歩行、段差昇降介助指導。ADL各動作の動作方法、入浴動作の介助指導。左半側空間無視について、麻痺側管理。									
添付資料	<input type="checkbox"/> VF結果 <input type="checkbox"/> SLTA結果 <input type="checkbox"/> 家屋調査報告書 <input type="checkbox"/> その他( )									
特記事項	介助者である奥様には手指を中心としたRAがある。重い物を持つことはできないが、歩行介助は触れている程度でよいので可能。									

\* 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27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

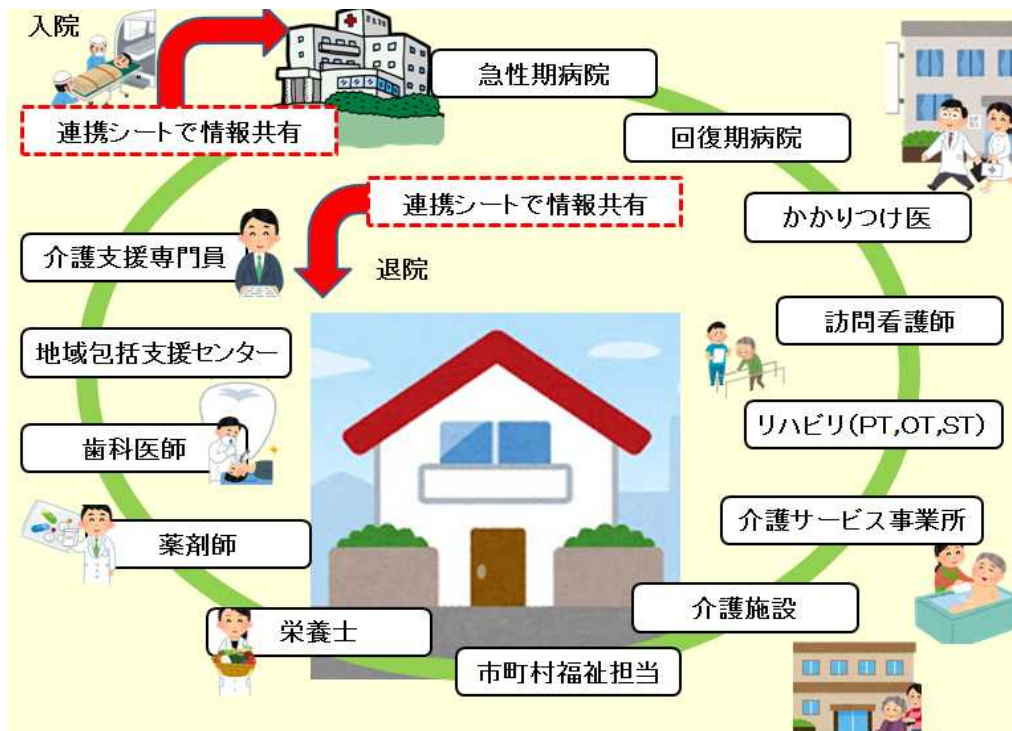
医療社会事業基本情報( 月 日退院)記入者		記入日	月	日
患者名(イニシャル可)	生年月日	ID		
居住地	(都・道・府・県) (市) ■自宅( 本人 方) □施設( )			
同居家族	□単身 ■配偶者 □子 □子の家族 □両親 □兄弟姉妹 □その他( )			
キーパーソン	氏名(イニシャル可)	続柄	妻	連絡先
介護力・主介護者	■あり □なし ■配偶者 □子( ) □子の家族( ) □両親 □兄弟姉妹 □その他( )			
保険種別	□国保 ■社保 □後期高齢者 □共済 □自賠責・第三者行為 □労災 □生保 担当			
社会福祉制度等申請状況	□未申請 ■介護保険 □身障手帳 □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>妻と2人暮らし。ADL自立。 会社役員。営業の管理を中心に行っていた。 通勤は電車を利用。片道45分。乗換1回。 大学卒業後36年間現在の会社に勤めている。 アルコール多飲歴あり タバコは40歳まで1日20本 職場内禁煙を機に禁煙。以後禁煙を継続中。</p> <p style="text-align: right;">家族構成</p>  <p style="text-align: right;">妻と2人暮らし。 妻は軽度のリウマチあり</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( )			
ケアマネジャー	■なし □あり 氏名 事業所名 連絡先			
障害者手帳	□身体障害者手帳(肢体 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	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		
<p>本人:すぐにも復職できると思っており、認知機能低下については自覚していない。 退院後はサービスの利用やリハビリ継続の必要はないと考えてる。 歩行が困難でも、車の運転にて通勤は可能と考えている。 自宅退院にあたっての支援は必要なく、復職を進めてほしいと希望がある。</p> <p>妻:手指を中心とした軽度のリウマチがあり、重いものは持てない状態。公共交通機関の利用や買い物可能。自動車免許なし。 現状での復職は困難と認識しており、まずは自宅生活の安定を希望されている。 本人の性格の変化を感じている。 坐薬の挿入は習得されている。インスリン注射の指導を受けているが、不安を感じている。</p>				
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(□高齢 □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		
	<p>持ち家のローンがあと3年残っている。</p> <p>仕事は休職中。傷病手当金を受給している。 規模の大きな会社。保健室があり、保健師が常勤している。定年は65歳。 長きにあたっての功績もあり、会社からは「お元気になったらいつでも戻ってきてください」と言われているが、復職にあたっては産業医との相談が必要。</p>			
その他	住宅環境	■戸建て(■所有 □賃貸) □集合住宅(□所有 □賃貸) ( )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( )		
<p>一戸建て2階家。改修可能。 寝室は2階。トイレと浴室は1階にあるが、古い為現状では使用困難。</p>				
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。

# 千葉県地域生活連携シートの手引き

## ～入退院時等の情報共有に係る千葉県参考様式～



平成29年1月  
千葉県

千葉県健康福祉部高齢者福祉課

千葉市中央区市場町1-1

電話：043-223-2342

FAX：043-227-0050

HP：<http://www.pref.chiba.lg.jp/koufuku/renkei/renkei-sheet.html>



## 目 的

「千葉県地域生活連携シート」は、医療と介護サービスをスムーズに提供する事を目的に、介護支援専門員と病院の担当者、かかりつけ医、訪問看護師等が利用者（患者）の情報を共有するための千葉県参考様式です。

なお、介護報酬の「入院時情報連携加算」及び「退院・退所加算」の算定にも活用できます。

また、診療報酬の「介護支援連携指導料」「退院時共同指導料2」等の関係職種間の情報共有にも活用できます。

## 地域での活用

地域の実情に応じ、項目の追加等の様式変更を行うことは可能です。

ただし、様式を変更する場合には、県参考様式との相違による混乱が生じないように、地域の関係者間で十分に協議・調整を行ってください。

また、本シートの「※」は介護報酬の算定に必要な項目なので、その点についても注意してください。

## 個人情報の取り扱い

本シートの記入及び送付に当たっては、必ず本人または家族の同意を得てください。

居宅介護支援等の契約時において、今後の支援を見据えて、入院時の医療機関への情報提供も含めた個人情報の使用について、包括的同意を得ておくことも可能です。

本シートには、利用者の身体機能等、多くの個人情報が含まれておりますので、取り扱いには最大限の注意を払ってください。

## 利用方法

### A表【千葉県地域生活連携シート(入院時等)】

居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等の担当介護支援専門員が、介護サービス利用者の在宅での日頃の状況を把握するために記入し保管しておくほか、入院時にその情報（A表）を医療機関に送付するものです。

表内の「※」は、介護報酬の「入院時情報連携加算」の算定に必要な項目です。

### B表【千葉県地域生活連携シート(退院時)】

居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等の担当介護支援専門員と病院の担当者、かかりつけ医、訪問看護師等が利用者（患者）の退院の際、B表を活用し必要な情報を共有し、介護支援専門員が居宅サービス計画の作成等に活用するものです。

また、「診療情報提供書」に添付することにより病院とかかりつけ医間で情報共有を図る事ができます。

表内の「※」は、介護報酬の「退院・退所加算」の算定に必要な項目（標準様式「退院・退所情報記録書」）です。

## ① 在宅時

介護支援専門員は、概ね半年に一度、利用者の在宅安定時の状況をA表に記入し保管しておきましょう。また、月一回のモニタリングの際、A表をモニタリングシートとして使用することもできます。

## ② 入院時

介護支援専門員は、利用者が入院した際、医療機関にA表を持参又はFAX等で送付し、利用者情報を共有しましょう。

また、利用者の緊急入院等に備え、下記のような点について地域で検討し利用者や家族等に伝えておくよう努めましょう。

- ・救急隊がすぐに持ち出せるような場所に保管しておく
- ・担当介護支援専門員の名刺を医療保険証や介護保険証等と一緒に保管しておく
- ・入院する場合は必ず担当介護支援専門員に連絡する

なお、シートを送付した際は、「居宅介護支援経過」に、入院日、送付日及び送付先の名称を記録してください。

(記入例)「H29. 4. 1△△病院に入院。H29. 4. △△病院に地域生活連携シートを送付」

### 【介護報酬】

#### ○入院時情報連携加算

医療機関等に訪問により情報を提供した場合 : 200単位

上記以外の方法により情報を提供した場合 : 100単位

**※医療機関は、担当介護支援専門員からA表の提出が無い場合、当該患者の入院を把握していない場合もあるので連絡をしましょう。**

## ③ 退院前

医療機関は関係者とのカンファレンス前までに、院内の関係者から情報を収集し、B表を活用して介護支援専門員や関係者間で下記のような情報を共有しましょう。

- ・退院後に地域で利用可能な介護サービスや要介護認定の申請手続きの情報
- ・退院後に想定されるケアプラン作成等に必要な情報や退院後の外来診療の見込

介護支援専門員はケアプランを作成し、その写しを速やかに医療機関に提供しましょう。

### 【介護報酬】

○退院・退所加算 : 300単位 (入院中3回に限る)

### 【関連する診療報酬】※算定要件は、各自御確認ください。

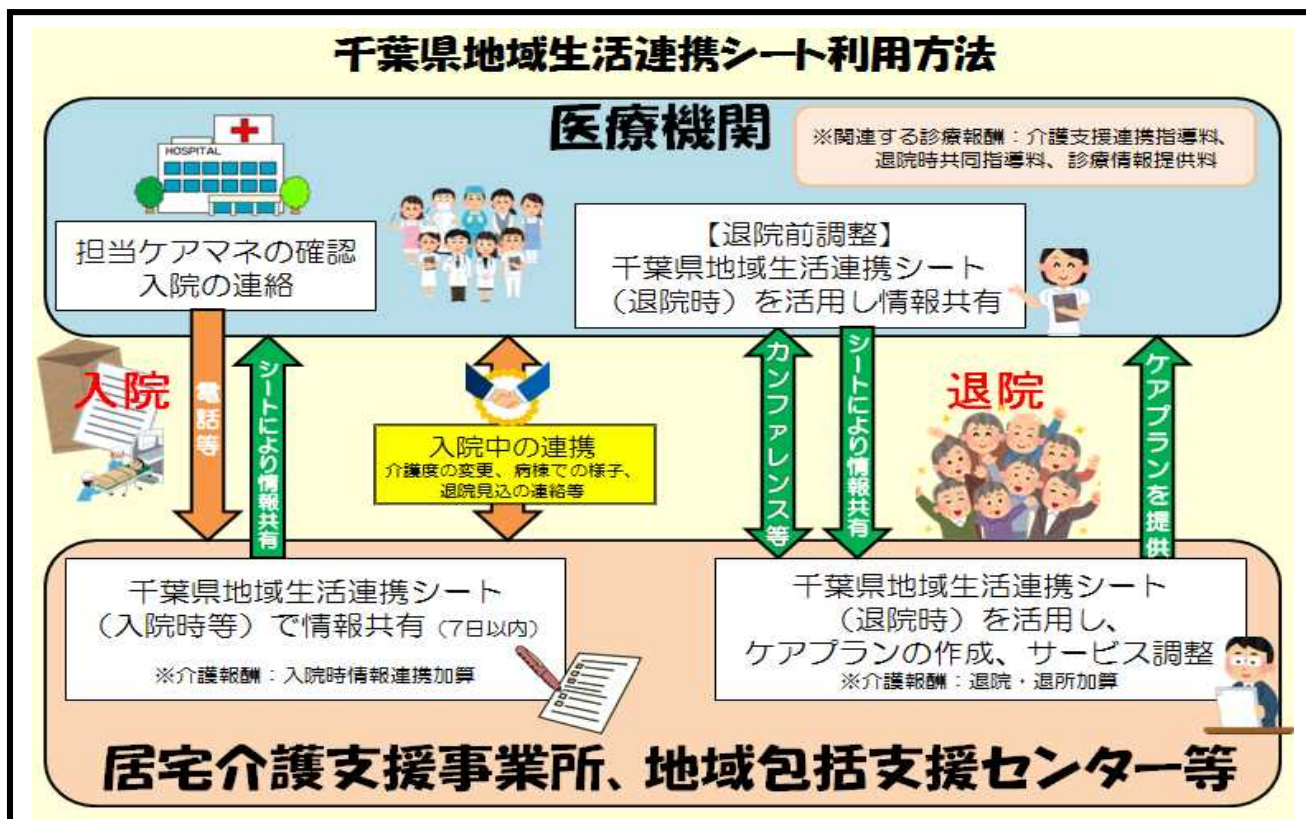
○介護支援連携指導料 : 400点 (入院中2回に限る)

○退院時共同指導料2 : 400点

(3者以上と共同して指導を行う場合に加算 : 2,000点)

○診療情報提供料(I) : 250点

## 千葉県地域生活連携シート利用方法



## 記入上の留意点

記入時点 【A表、B表】	認定調査結果や主治医意見書等を参考に本シートを記入する場合、直近の状況と異なるときは、直近の状況を優先して記入してください。
経済的支援 【A表、B表】	生活保護等、行政の支援が必要と思われる場合はチェックを入れてください。
療養に関する意向等 【A表、B表】	退院後の療養や介護に関する本人及び家族の意向等があれば、具体的に記入してください。
リビングウィル等の 意思表示 【A表、B表】	リビングウィルとは、治る見込みがなく、死期が近いときには、延命治療を拒否することをあらかじめ書面に記しておき、本人の意思を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定することとされています。リビングウィルの他、自分自身が受ける医療に関する希望をあらかじめ書面等で示す意思表示方法は多様であり、民間でも様々な書式が作成されています。 (参考：千葉県医師会作成「私のリビングウィル」 <a href="http://www.chiba.med.or.jp/personnel/nursing/styles.html">http://www.chiba.med.or.jp/personnel/nursing/styles.html</a> )
服薬管理 【A表、B表】	別紙参照の記載例（お薬手帳、処方箋 等）
リハビリテーション 【B表】	リハビリとは、運動、温熱やマッサージ、マシンを動かすだけではありません。その方の明日への希望となるような、生活目標を具体的に立てPT、OT、STといった専門職がいるサービスへ繋げてください。 (生活目標の記載例：畑作業ができるよう通所リハビリで屋外歩行訓練をする。自宅でお風呂に入るため浴槽のまたぎ動作を訪問リハビリで練習する。)
受取者サイン 【A表】	医療機関はA表を受け取る際、サイン等を記入するよう努めてください。



# 千葉県地域生活連携シート（入院時等）

**A表**

記入日 平成 年 月 日

事業所（施設）名	
担当者名	
電話番号	



病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得て提供しています。  
 （※は、介護報酬の算定に必要な項目です。）

提供日平成 年 月 日  
 入院日平成 年 月 日

ふりがな氏名	-----	生年月日	明大昭 □□□	年	月	日	年齢	歳	性別	男女 □□
--------	-------	------	------------	---	---	---	----	---	----	----------

住 所	TEL（自宅）		職 業	
	TEL（携帯）			

緊急時連絡先	氏 名	続 柄	住 所	電話番号

※ 家族構成図		住 環 境	□ 戸建 □ 集合住宅（階 エレベーター □ 無 □ 有）	
◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン			□ 施設等（ ）	
		生活保護	□ 無 □ 有	経済的支援 □ 要
		障害等認定	□ 身障（ ） □ 精神（ ） □ 療育 □ 特定疾患（ ）	
		※ 生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）		
		□ 一人暮らし		

※ 家族の介護力及び特記事項

（本人・家族）の療養に関する意向等

リビングウィル等の意思表示 □ 無 □ 有 確認相手 □ 本人 □ 家族 □ その他（ ）

確認日 平成 年 月 日 連絡先 氏名： 電話番号：

要介護度 □ 申請中 □ 区分変更中 □ 未申請 有効期限（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

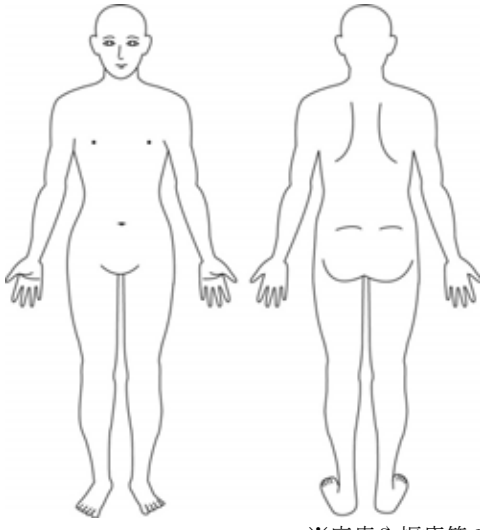
□ 事業対象者 要支援 □ 1 □ 2 要介護 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

障害高齢者の日常生活自立度 □ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2

認知症高齢者の日常生活自立度 □ 自立 □ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M

※ 介護サービス 利用状況	訪 問	□ 介護（ / 週） □ 入浴（ / 週） □ リハビリ（ / 週） □ 看護（ / 週）
	通 所	□ 介護（ / 週） □ リハビリ（ / 週）
	短期入所	□ 生活介護（ ） □ 療養介護（ ）
	福祉用具	□ 福祉用具貸与（ ） □ 特定福祉用具販売（ ）
	その他	

※ かかりつけ情報 （医師、歯科、 薬局）	主病名	医療機関名等	診療科目・主治医等	電話番号

利用者氏名					事業所（施設）名、担当者名		
	自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での生活状況		
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 上顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用）		
					下顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用）	口臭 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		
					咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		
					食 形 態 <input type="checkbox"/> 普通 嚥下食（ <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ ）		
					<input type="checkbox"/> 経管栄養（方法： 内容： 量： 所要時間 ）		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制 限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	特記事項						
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
					夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
					排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬 <input type="checkbox"/> 別紙参照（ ）	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法	
特別な医療行為等	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他						
※ 麻 痺	状態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度						
	部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢						
※ 褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位： ）						
※ 皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位： ）						
※ 視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない						
	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能						
	眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
※ 聴 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり聞こえない						
	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能						
	補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
※ 言 葉	<input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる（程度： ）						
※ 意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる（伝達方法： ）						
※ 短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし（ <input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → <input type="checkbox"/> 再度確認しても同じ答え）						
※ 行動・精神症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 意欲の低下					
		<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も聞く <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
その他（介護上、特に注意すべき点等）							

○退院に向けてのお願い（ケアマネージャーから医療機関等）  
退院の検討を始めた段階で、上記担当者へ連絡をお願いします。

受取者サイン



# 千葉県地域生活連携シート（退院時）

**B表**

※ 医療機関・施設名	※ 電話番号	※ 面談日	平成 年 月 日
※ 面談者		※ 記入者	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。（※は、介護報酬の算定に必要な項目です。）

※ ふりがな氏名	※ 生年月日	明大昭	年 月 日	※ 年齢	歳	※ 性別	男女
住所	TEL（自宅）	TEL（携帯）	職業				
緊急時連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号			
家族構成図		住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅（階 エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） <input type="checkbox"/> 施設等（ ）				
◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン		生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	経済的支援	<input type="checkbox"/> 要		
		障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障（ ） <input type="checkbox"/> 精神（ ） <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患（ ） 生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）				
		<input type="checkbox"/> 一人暮らし					
家族の介護力及び特記事項							

※ 要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請	有効期限（平成 年 月 日～平成 年 月 日）
	<input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
※ 認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

※ 入院期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 予定
--------	----------------------

※ 入院の経緯・原因となった病名等	
-------------------	--

※ 手術	※ 既往歴
------	-------

傷病の経過及び治療経過	
-------------	--

本人、家族への退院前指導の内容	(説明を聞いた相手： )
-----------------	--------------

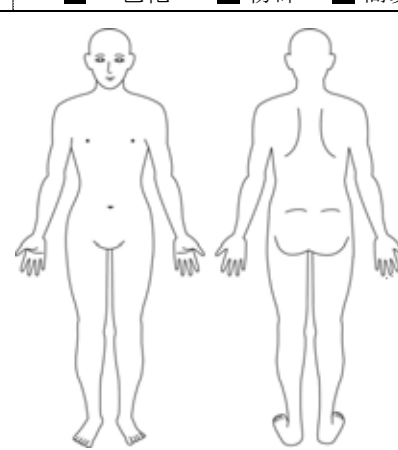
退院後の診療形態等	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 (紹介先医療機関等)
-----------	---

※ 特別な医療行為等	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他
------------	--

※ 感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA : <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 (部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

利用者氏名

記入日：平成 年 月 日

		自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子	
※	移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
※	口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 上顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 ) 下顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 )   口臭 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
※	食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良   咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
食 形 態 <input type="checkbox"/> 普通 嚥下食 ( <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ )							
制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )							
特記事項							
	整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
※	入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )	
※	排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 ( )							
排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル							
※	服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬 <input type="checkbox"/> 別紙参照 ( )   <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法	
	麻 痺	状態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度					
		部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢					
	褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位： )					
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位： )					
	視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	聴 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり聞こえない <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	言 葉	<input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる (程度： )					
	意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法： )					
※	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし ( <input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → <input type="checkbox"/> 再度確認しても同じ答え )					
※	行動・精神 症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 意欲の低下				
<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も聞く <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ( 22 )							
※	リハビリ テーション (目標や 内容等)	実施リハ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他 ( )				
運動制限		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
生活目標							
到達方法		<input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 自主トレ継続 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	必要な 内 容						
※	導入が必要と 考えられる 介護サービス	訪 問	<input type="checkbox"/> 介護 ( / 週 ) <input type="checkbox"/> 入浴 ( / 週 ) <input type="checkbox"/> リハビリ ( / 週 ) <input type="checkbox"/> 看護 ( / 週 )				
通 所		<input type="checkbox"/> 介護 ( / 週 ) <input type="checkbox"/> リハビリ ( / 週 )					
短期入所		<input type="checkbox"/> 生活介護 ( ) <input type="checkbox"/> 療養介護 ( )					
福祉用具		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( ) <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 ( )					
その他							
※ (本人・家族)の療養に関する意向等							
リビングウィル等の意思表示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 確認相手 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
確認日 平成 年 月 日 連絡先 氏名： 電話番号							
※ その他 (退院後の生活で注意すべき点等)							