

# 神奈川県脳卒中地域連携パス 記入方法と手続き

製作 平成22年12月8日  
神奈川県総合リハビリテーションセンター  
七沢リハビリテーション病院脳血管センター  
山下俊紀

# 神奈川県共通 脳卒中地域連携パス（試行版）の概要

- ① 急性期病院から回復期リハビリ病院へ  
維持期診療所・医療介護施設へ
- ② 回復期リハ病院から急性期病院へ  
維持期診療所・医療介護施設へ
- ③ 維持期診療所・医療介護施設から急性期病院へ
- ④ 維持期診療所・医療介護施設から回復期リハ病院へ  
診療情報提供と機能引継ぎ情報提供
- ⑤ 患者説明用包括パス  
目標や状況の説明用で署名

⑤と①～④のうちの1枚を担当して記入  
診療情報提供書を兼ねられる

# 神奈川県共通脳卒中地域連携パスの使用マニュアル

## 脳卒中地域連携パスの基本概念

パスの作成・改良にあたり、“連携”の基本となる考え方を整理すると、脳卒中診療及びリハビリテーションが患者中心に切れ目なく急性期から回復期、維持期へと連携されるところにある。そのためには、医療者、介護者、患者にその情報が共有されることが重要であり、これが再発や合併症、廃用障害に対する適切な医療体系へのスムーズな導入につながるということに価値がある。したがって、脳卒中地域連携パスに求められるものは、いわゆる疾病治療におけるクリニカルパスとは違って、治療経過よりむしろ施設間で診療・介護を支障なくリレーしていくための引継ぎに有用な診療情報とリハビリや介護に必要となる機能情報である。現状では、転院に際して、医師による診療情報提供書、看護師による看護サマリー、リハビリテーション訓練士等による施設間連絡書などが引き継がれている。これらの情報のすべてが連携パスで伝えられないか！という欲望が出るころではあるが、“パス”の存在目的から、携わる医師、看護師等の負担が増えずに継続的に利用される形でなければならない。具体的には、“大冊”にするのではなく、今までの添付書類が減らせないか！パスが診療のサマリーにならないか！患者自身の病歴として残せないか！再発等で有効な情報提供として使えないか！医学的データとしての価値をどう持つか！普及・永続させるためには明解、簡便、保存性が求められる点をどうするか！ということを考慮して作成した。

## 脳卒中地域連携パスの構成

共通パスの試行版である神奈川県脳卒中地域連携パスの基本モデルは、**オーバービューパス（その5）**と**施設間連携パス（その1～4）**により構成されている。

オーバービューパスは、急性期病院、回復期リハビリテーション病院、維持期機関が診療内容やゴールの目標、進捗状況等の説明に使用されるもので、説明ごとにバリエーションをかけられる様式である。

その1は急性期病院から出されるパスであり、その2は回復期リハビリテーション病院から出されるパスで、こちらは急性期病院への報告と維持期への伝達に2方向性に使われることになる。特徴は診療情報提供書を兼ね、簡便を重んじて伝言すべきことのみにして、所見は退院時の状況を伝えるにとどめていることにある。

その3と4は、維持期医療機関、介護施設用のもので経過報告用と再発や廃用障害に対する診療依頼用の2種類を用意している。

全部で5種類、双方向性を意識して5枚1組で動かしている。

**その5のオーバービューパスは使い続けることになり、施設間用のものは当該の1枚に記載して相手施設に渡します。**

## 脳卒中地域連携パス【試行版】の基本的記載方法についての説明

パスの基本構成は、施設間用パス4種類と患者用1種類との5枚で一連とするが、**各施設で担当するのはオーバービューパスと施設間パスの1枚だけです。**

### 目的別様式と記載パターンと記載上の申し合わせ事項：

その1～4：急性期・回復期・維持期の施設間連携・相互紹介用の4種類。

デジタル（マイクロソフトエクセル）フォーマットがありデジタル入力も可能。

□項目には該当箇所にレ点を付け、自由書き部分には必要事項を記載する。

その1：急性期病院から回復期（リハビリ）病院または維持期医療機関や介護施設への紹介用パス

その2：回復期（リハビリ）病院から急性期病院への報告または／および維持期医療機関や介護施設への紹介用パス

：その1・2はほぼ同じ体裁：

：上段に診療情報書に記載すべき内容を記載して大まかな病歴と治療の経過を伝える。別に診療情報提供書があれば重複部分は省略してもよい。

：下段左に退院時の神経学的情報等を記載する。

既往歴と引継ぎ（退院）時の神経学的症候・評価を記載する。

：下段右に退院時の日常生活機能情報等を記載する。

引継ぎ時の日常生活機能や介護に関わる評価、事象を記載する。

その3：維持期医療機関や介護施設から急性期病院やリハビリ病院への報告または紹介用パス

：上段に診療情報書に記載すべき内容を記載する。

大まかな病歴と引き受け後の治療経過を伝える。

：下段左に退院時の日常生活機能情報等を記載する。

引継ぎ時の日常生活機能や介護に関わる評価、事象を記載する。

：下段右に照会内容等を記載する。

その4：維持期医療機関や介護施設から急性期病院やリハビリ病院への再紹介用パス

：再発診療や再リハ要望時に概ねレ点チェックで済ませられるパス用紙

：その3とその4は使い勝手の好い方を選択して使用できる。

その5：患者所持用説明用パス（オーバービューパス）

：患者に所持させるパス

：急性期より状態・方向性を説明し署名を交すパス用紙

：左欄は急性期病院にて説明時に記載する。

：中欄はリハビリテーション病院等で目標・進捗状況等の説明時に記載するも

ので、記載時期は説明に合わせて自由とする。

：右欄は維持期担当施設等で目標等の説明時に記載する。

：いずれも説明時に説明者と患者・家族等の署名を交す。

## 脳卒中地域連携パスの基本概念

パスの作成・改良にあたり、“連携”の基本となる考え方を整理すると、脳卒中診療及びリハビリテーションが患者中心に切れ目なく急性期から回復期、維持期へと連携されるところにある。そのためには、医療者、介護者、患者にその情報が共有されることが重要であり、これが再発や合併症、廃用障害に対する適切な医療体系へのスムーズな導入につながるということに価値がある。したがって、脳卒中地域連携パスに求められるものは、いわゆる疾病治療におけるクリニカルパスとは違って、治療経過よりむしろ施設間で診療・介護を支障なくリレーしていくための引継ぎに有用な診療情報とリハビリや介護に必要な機能情報である。現状では、転院に際して、医師による診療情報提供書、看護師による看護サマリー、リハビリテーション訓練士等による施設間連絡書などが引き継がれている。これらの情報のすべてが連携パスで伝えられないか！という欲望が出るころではあるが、“パス”の存在目的から、携わる医師、看護師等の負担が増えずに継続的に利用される形でなければならない。具体的には、“大冊”にするのではなく、今までの添付書類が減らせないか！パスが診療のサマリーにならないか！患者自身の病歴として残せないか！再発等で有効な情報提供として使えないか！医学的データとしての価値をどう持つか！普及・永続させるためには明解、簡便、保存性が求められる点をどうするか！ということを考慮して作成した。

## 脳卒中地域連携パスの構成

共通パスの試行版である神奈川脳卒中地域連携パスの基本モデルは、**オーバービューパス（その5）**と**施設間連携パス（その1～4）**により構成されている。

オーバービューパスは、急性期病院、回復期リハビリテーション病院、維持期機関が診療内容やゴールの目標、進捗状況等の説明に使用されるもので、説明ごとにバリエーションをかけられる様式である。

その1は急性期病院から出されるパスであり、その2は回復期リハビリテーション病院から出されるパスで、こちらは急性期病院への報告と維持期への伝達に2方向性に使われることになる。特徴は診療情報提供書を兼ね、簡便を重んじて伝言すべきことのみにして、所見は退院時の状況を伝えるにとどめていることにある。

その3と4は、維持期医療機関、介護施設用のもので経過報告用と再発や廃用障害に対する診療依頼用の2種類を用意している。

全部で5種類、双方向性を意識して5枚1組で動かしている。

その5のオーバービューパスは使い続けることになり、施設間用のものは当該の1枚に記載して相手施設に渡します。

各施設で担当するのはオーバービューパスと施設間パスの1枚だけです。

病医院

科

医師 宛

■神奈川 脳卒中地域連携パス

ID: 氏名: 性別: 男・女 年齢: 歳

診断名: 梗塞 □ラクナ梗塞 □アテローム血栓性脳梗塞 □心原性脳塞栓 □その他 部位: □右 □左 □ACA □MCA □PCA 出血 □脳出血 □くも膜下出血 ( ) □肺動脈血栓 □大脳皮質下 □脳幹 □小脳

発症日: 年 月 日 手術: □実施 □カバルク □血管内治療 □閉鎖血腫除去 □血管塞栓 手術日 / □非実施 □減圧手術 □脳室ドレナージ □シク手術 □他 血管障害 ( )

急性期病院: ( 病院 科 担当医: ) 転院: 退院日 平成 年 月 日

発症・入院時の状態 合併症の状態 (発症日: 年 月 日) (発症日: 年 月 日) 主症状 現病歴

診断・治療概要 検査所見概略 症状推移

感染症 □未実施 □実施 (検体 ) 陽性: □MRSA □HBS □HCV □梅毒 □他 ( ) 輸血歴 □無 □有 ( 年 月 日 ) 治療継続上必要な項目 (合併症・監視が必要な検査とその日標値、INR日標値・インタリ投与等)

入院時目標と結果 ①診断の確定 ( / ) リハビリ開始日 ( / ) ②治療方針の決定 ( / ) □トPA投与 □投与時 NIHSS: /42 ③病状の安定 ( / )

輸液 □ハブソ □オザグレ □その他 ( ) □アルガトパン □エダラポン 投薬 □抗血小板 ( ) □糖尿薬 ( ) □抗凝固薬 ( ) □その他 ( ) □降圧薬 ( )

急性期病院退院・転院時 (添付書類: □診療情報提供書 □看護サマ □リハ/リハ実施記録書 □MSW連絡書) かかりつけ医: □無 □有 (医師名: )

既往歴: 家族の脳卒中既往歴 □無 □有 □高血圧 □不整脈 □心疾患 □脂質異常症 脳卒中危険因子 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症 □喫煙 □アルコール 退院時の所見 発症前ADL 意識レベルJCS 口頭命令入力 □良好 □不確実 □不可 認知症 □無 □有 □不明 (HDS-R: 点) 高次脳機能障害 □無 □有 □不明 意思疎通の問題 □無 □有 □失語 □構音障害 □聴覚障害 視力・視野・複視 □無 □有 □不明 上肢麻痺 □無 □右 □左 □軽度 □中程度 □重度 (MMT /5) 下肢麻痺 □無 □右 □左 □軽度 □中程度 □重度 (MMT /5) 感覚障害 □無 □有 □不明 失調他 □無 □有 □不明 関節拘縮 □無 □有 (部位: ) 評価 mRS □0 □I □II □III □IV □V NIHSS /42 障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度 (可能なら) FIM 総点 /126 運動 /91 認知 /95

急性期病院記入用

病医院

科

医師 宛

■神奈川 脳卒中地域連携パス

ID: 氏名: 性別: 男・女 年齢: 歳

診断名: 梗塞 □ラクナ梗塞 □アテローム血栓性脳梗塞 □心原性脳塞栓 □その他 部位: □右 □左 □ACA □MCA □PCA 出血 □脳出血 □くも膜下出血 ( ) □肺動脈血栓 □大脳皮質下 □脳幹 □小脳

発症日: 年 月 日 手術: □実施 □カバルク □血管内治療 □閉鎖血腫除去 □血管塞栓 手術日 / □非実施 □減圧手術 □脳室ドレナージ □シク手術 □他 血管障害 ( )

回復期リハビリ病院等: ( 病院 科 担当医: ) 転院: 退院日 平成 年 月 日

発症・入院時の状態 合併症の状態 (発症日: 年 月 日) (発症日: 年 月 日) 主症状 現病歴

診断・治療概要 検査所見概略 症状推移

感染症 □未実施 □実施 (検体 ) 陽性: □MRSA □HBS □HCV □梅毒 □他 ( ) 輸血歴 □無 □有 ( 年 月 日 ) 治療継続上必要な項目 (合併症・監視が必要な検査とその日標値、INR日標値・インタリ投与等)

輸液 □ハブソ □オザグレ □その他 ( ) □アルガトパン □エダラポン 投薬 □抗血小板 ( ) □糖尿薬 ( ) □抗凝固薬 ( ) □その他 ( ) □降圧薬 ( )

回復期病院退院・転院時 (添付書類: □診療情報提供書 □看護サマ □リハ/リハ実施記録書 □MSW連絡書) かかりつけ医: □無 □有 (医師名: )

既往歴: 家族の脳卒中既往歴 □無 □有 □高血圧 □不整脈 □心疾患 □脂質異常症 脳卒中危険因子 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症 □喫煙 □アルコール 退院時の所見 発症前ADL 意識レベルJCS 口頭命令入力 □良好 □不確実 □不可 認知症 □無 □有 □不明 (HDS-R: 点) 高次脳機能障害 □無 □有 □不明 意思疎通の問題 □無 □有 □失語 □構音障害 □聴覚障害 視力・視野・複視 □無 □有 □不明 上肢麻痺 □無 □右 □左 □軽度 □中程度 □重度 (MMT /5) 下肢麻痺 □無 □右 □左 □軽度 □中程度 □重度 (MMT /5) 感覚障害 □無 □有 □不明 失調他 □無 □有 □不明 関節拘縮 □無 □有 (部位: ) 評価 mRS □0 □I □II □III □IV □V NIHSS /42 障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度 (可能なら) FIM 総点 /126 運動 /91 認知 /95

回復期病院記入用

■神奈川 脳卒中地域連携バス

病医院	科	医師 氏名
ID:	氏名:	性別: 男・女 年齢: 歳

再治療要請時紹介用  
神奈川 脳卒中地域連携バス

病医院	科	医師 氏名
ID:	氏名:	性別: 男・女 年齢: 歳

診断名	梗塞 <input type="checkbox"/> ラナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	部位: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> ACA <input type="checkbox"/> MCA <input type="checkbox"/> PCA
出血	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血	<input type="checkbox"/> 被褥 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 大脳皮質下 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 小脳
発症日	年 月 日	手術: <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> カラセウ <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 閉鎖血腫除去 <input type="checkbox"/> 血管塞瘤 <input type="checkbox"/>
	手術日 /	<input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 減圧手術 <input type="checkbox"/> 脳室ドレナージ <input type="checkbox"/> シェット <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 血管障害 <input type="checkbox"/>

診断名	梗塞 <input type="checkbox"/> ラナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	部位: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> ACA <input type="checkbox"/> MCA <input type="checkbox"/> PCA
出血	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血	<input type="checkbox"/> 被褥 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 大脳皮質下 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 小脳
前回発症日	年 月 日	手術: <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> カラセウ <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 閉鎖血腫除去 <input type="checkbox"/> 血管塞瘤 <input type="checkbox"/>
	手術日 /	<input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 減圧手術 <input type="checkbox"/> 脳室ドレナージ <input type="checkbox"/> シェット <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 血管障害 <input type="checkbox"/>

維持期担当施設 ( )	医院・施設 担当医 ( )	転帰
発症・入院時の状態	合併症の状態 (発症日: 年 月 日)	(発症日: 年 月 日)
合併症の状態	主症状	現病歴
診断・治療概要	検査所見要略	症状推移
投薬内容	輸液	内服
住・生活環境		
<input type="checkbox"/> 居宅(介護者有り) <input type="checkbox"/> 居宅(介護者なし) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 保護通応 <input type="checkbox"/> 介護・身障手帳申請 介護保険 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 済 身障手帳 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 済		

紹介時直近状況 ( 年 月 日 状況)	急性期受診目的	再発	合併症	再受診時期	内服薬	合併症治療
<input type="checkbox"/> 再発予防(定期的全身精査) <input type="checkbox"/> 合併症治療 <input type="checkbox"/> 6ヶ月後 <input type="checkbox"/> 12ヶ月後 <input type="checkbox"/> 再発の疑い <input type="checkbox"/> その他治療 <input type="checkbox"/> 再発治療	<input type="checkbox"/> 再発あり <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 専門外来治療 <input type="checkbox"/> かがりついで経過観察	<input type="checkbox"/> 治療必要 <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門外来治療 <input type="checkbox"/> 治療不要 <input type="checkbox"/> かがりついで経過観察	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 3ヶ月後 <input type="checkbox"/> 6ヶ月後 <input type="checkbox"/> 12ヶ月後	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( ) <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( )	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( ) <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( )	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 維持リハビリ継続 <input type="checkbox"/> 維持リハビリ見直し ( ) <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( ) <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( ) <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( )
現治療/薬剤	添付検査結果	リハビリ	清潔	摂食	食事	
内服 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 他 ( )	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> エコー等	<input type="checkbox"/> 維持リハビリ	<input type="checkbox"/> 状態に応じて指示	<input type="checkbox"/> 状態に応じて指示	状態ご合わせた食事形態 <input type="checkbox"/> 栄養指導	
合併症治療						

維持期施設での機能状態 (添付書類: <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> リハビリ実施記録書)	療養型病院入院記録 (他施設紹介時に記入)	かかりつけ医等記入欄 (他施設紹介時に記入)
ADL	日常生活機能評価 合計 /19点	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助
患者状況 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 安静指示 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手の挙上 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 寝廻り <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 難ま可 <input type="checkbox"/> できない 起き上り <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 座位 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見え感悪 <input type="checkbox"/> できない 移乗 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一歩介助 <input type="checkbox"/> できない 栄養摂取方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 食事形態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 制限食の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 尿失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 便秘 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 入浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴介助 排泄器具等 <input type="checkbox"/> パルソカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホーカウトイレ 排泄動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 非実施 不穏・不眠 危険行為・問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	主治医コメント	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 日常生活機能評価 ※記入可能な施設のみ記入 合計 ____ /19点 栄養摂取方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 尿失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 食事形態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 制限食の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 尿失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 便秘 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 入浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴介助 排泄器具等 <input type="checkbox"/> パルソカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホーカウトイレ 排泄動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 非実施 不穏・不眠 危険行為・問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
評価 mRS <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V NIHSS /42 障害高齢者の日常生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M (可能なら) FIM 総点: /128 運動: /91 認知: /35	特記すべき事項 (ケアマネ・訪問看護ステーション等が必要に応じて記入)	
記載日	年 月 日	

紹介時状況記入欄	日常生活機能評価	栄養摂取方法	尿失禁	嚥下障害	食事形態	制限食の有無	不穏・不眠 危険行為・問題行動
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 患者状況 安静指示 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手の挙上 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 寝廻り <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 難ま可 <input type="checkbox"/> できない 起き上り <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 座位 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見え感悪 <input type="checkbox"/> できない 移乗 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一歩介助 <input type="checkbox"/> できない	0点 1点 2点 移動方法 <input type="checkbox"/> 自由 <input type="checkbox"/> 補助移動 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 難ま可 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 難ま可 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 難ま可 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 難ま可 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> パルソカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホーカウトイレ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 非実施	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
ADL	合計 ____ /19点						
特記すべき事項 (ケアマネ・訪問看護ステーション等が必要に応じて記入)							
記載日	年 月 日						

維持期発行用 2種類のどちらかを記入して使用

《脳卒中地域連携パス》	患者氏名	様	梗塞	<input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓 <input type="checkbox"/> その他	部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 前大脳動脈 <input type="checkbox"/> 中大脳動脈 <input type="checkbox"/> 後大脳動脈
	平成 年 月 日 時 分 発症		出血	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血		<input type="checkbox"/> 被褥 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 大脳皮質下 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 小脳

急性期治療期間			リハビリテーション訓練期間									維持期間																																																																																			
担当医療機関: 担当医:			担当医療機関: 担当医:									担当医療機関: 担当医:																																																																																			
入院基準 基準を満たせば次のステップへ移行します <input type="checkbox"/> 診断が確定している ( / ) <input type="checkbox"/> 病状が安定している ( / ) <input type="checkbox"/> 治療方針が確定している ( / ) <input type="checkbox"/> 在宅が可能か ( <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 ) <input type="checkbox"/> パス公示日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> リハビリの適応 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )			リハビリの期間 あなたのリハビリの期間は、( )ヶ月を予定しています。リハビリ開始院後、主治医より説明があります。 リハビリの種類 <input type="checkbox"/> 医療保険 [ <input type="checkbox"/> 回復期 (8単位/日) <input type="checkbox"/> 療養 (6単位/日・医療区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 通院 ] <input type="checkbox"/> 介護保険 [ <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 ]									訪問診療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 慢性期治療 ( / ) 合併症の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( / ) 制卸 <input type="checkbox"/> 無( / ) <input type="checkbox"/> 良( / ) 身障者手帳 <input type="checkbox"/> 申請 ( / 級) ケアマネジャー: 事業所名: <input type="checkbox"/> 医療保険対象リハビリテーション* <input type="checkbox"/> 除外診断名: <input type="checkbox"/> 基礎疾患名: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 外来リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション(要・指示書) <input type="checkbox"/> 介護保険対象リハビリテーション* <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> デイケア(要・医師の指示) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 訪問看護(要・指示書) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 施設リハ**																																																																																			
急性期治療 <input type="checkbox"/> t-PA <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> アルガトロバン <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> クロドグレル <input type="checkbox"/> オザグレルNa <input type="checkbox"/> 心臓細動 <input type="checkbox"/> シロスタゾール <input type="checkbox"/> エダラボン <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> ウルファリン <input type="checkbox"/> ヘリリン <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> 脳質異常 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 水腫症管理 <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 癌( / ) <input type="checkbox"/> その他:			<table border="1"> <tr> <th>日付</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>退院時</th> </tr> <tr> <td>移動度ステップ →理学療法(P/T)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>退院時の目標回→</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>認知さざり度</td> <td colspan="2">C ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )</td> <td colspan="3">B ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )</td> <td colspan="2">A ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )</td> <td colspan="2">J ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>日常生活動作(ADL) →作業療法(O/T)</td> <td colspan="4">食事動作 ( / ) トイレ ( / )</td> <td colspan="4">食事動作 ( / ) トイレ ( / )</td> <td colspan="1">食事動作 ( / ) トイレ ( / )</td> </tr> <tr> <td>更衣 ( / )</td> <td colspan="4">更衣 ( / )</td> <td colspan="4">更衣 ( / )</td> <td colspan="1">更衣 ( / )</td> </tr> <tr> <td>入浴 ( / )</td> <td colspan="4">入浴 ( / )</td> <td colspan="4">入浴 ( / )</td> <td colspan="1">入浴 ( / )</td> </tr> <tr> <td>その他 ( / )</td> <td colspan="4">その他 ( / )</td> <td colspan="4">その他 ( / )</td> <td colspan="1">その他 ( / )</td> </tr> </table>									日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	退院時	移動度ステップ →理学療法(P/T)											退院時の目標回→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	認知さざり度	C ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )		B ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )			A ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )		J ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )			日常生活動作(ADL) →作業療法(O/T)	食事動作 ( / ) トイレ ( / )				食事動作 ( / ) トイレ ( / )				食事動作 ( / ) トイレ ( / )	更衣 ( / )	更衣 ( / )				更衣 ( / )				更衣 ( / )	入浴 ( / )	入浴 ( / )				入浴 ( / )				入浴 ( / )	その他 ( / )	その他 ( / )				その他 ( / )				その他 ( / )
日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	退院時																																																																																					
移動度ステップ →理学療法(P/T)																																																																																															
退院時の目標回→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																					
認知さざり度	C ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )		B ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )			A ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )		J ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )																																																																																							
日常生活動作(ADL) →作業療法(O/T)	食事動作 ( / ) トイレ ( / )				食事動作 ( / ) トイレ ( / )				食事動作 ( / ) トイレ ( / )																																																																																						
更衣 ( / )	更衣 ( / )				更衣 ( / )				更衣 ( / )																																																																																						
入浴 ( / )	入浴 ( / )				入浴 ( / )				入浴 ( / )																																																																																						
その他 ( / )	その他 ( / )				その他 ( / )				その他 ( / )																																																																																						
日付 / /			退院時の目標回→									*医療保険と介護保険の併用は不可です **施設リハは介護老人保健施設限定です																																																																																			
認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			自立度(介護測定) <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"/> V <input type="checkbox"/> M ( / )									介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護(要・指示書) <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> ショートステイ																																																																																			
高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> その他: ( / )									医療保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護(要・指示書) <input type="checkbox"/> 訪問マッサージ(要・指示書)																																																																																			
理解の障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			コミュニケーション 理解: <input type="checkbox"/> 無反応 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 挨拶程度 <input type="checkbox"/> 単語レベル <input type="checkbox"/> 短文レベル <input type="checkbox"/> 日常会話可能 表出: <input type="checkbox"/> 無反応 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 身振り可能 <input type="checkbox"/> 単語レベル <input type="checkbox"/> 短文レベル <input type="checkbox"/> 日常会話可能									神奈川県のサービス <input type="checkbox"/> 食事サービス <input type="checkbox"/> 住環境整備 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> 訪問理美容 <input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療金 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																			
表出の障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			→言語療法(S/T)									②介護度によって利用できるサービス内容と自己負担額が異なります。 詳しくは、ケアマネジャー、区役所サービス課、包括支援センターにお問い合わせ下さい。																																																																																			
嚥下障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 廃用(嚥下) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他: ( / )																																																																																												
食形態			食形態 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IV) <input type="checkbox"/> 胃瘻(PEG) <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経管>経口 <input type="checkbox"/> 経管<経口 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> その他: ( / )																																																																																												
食事摂取量 / 10			食事摂取量 / 10																																																																																												
必須手続き 介護保険 <input type="checkbox"/> 申請 ( / )			介護保険 <input type="checkbox"/> 申請 ( / ) → 認定調査・主治医意見書・審査・判定・認定 → ( / )以降(最長30日間)																																																																																												
必須手続き等			→ 要介護1~5 → 居宅事業者と契約・ケアマネジャー選定 → ケアプランの作成 → 事業者と契約 / 福祉用具貸与 → 要支援1・2 → 地域包括支援センターにて介護予防ケアプランの作成 → 事業者と契約 / 福祉用具貸与 → 家屋改修 / 特定福祉用具の購入																																																																																												

サイン欄			入院後7日以内										
説明日	年 月 日		介護保険での入所サービス 施設に短期間入所する居宅サービス			居宅系サービス 特定施設入居者生活介護 (介護保険の指定を受けた介護付有料老人ホーム等に入居し、食事・入浴・排泄などに関わる介護が受けられます。)			地域密着型サービス 認知症対応型共同生活介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 夜間対応型訪問介護 地域密着型特定施設入居者生活介護			施設サービス 特別養護老人ホーム 介護老人保健施設 介護療養型医療施設	
説明者氏名			<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (福祉施設でのショートステイ)									<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム	
ご本人署名			<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (老健施設・病院等でのショートステイ)									<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	
同意者署名 (捺印)												<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	

退院直前			転院直後									緊急連絡先	
説明日	年 月 日		年 月 日			年 月 日			年 月 日			担当医療機関: 担当医: 連絡先:	
説明者氏名													
ご本人署名													
同意者署名 (捺印)													

# オーバービューパス 説明用 署名欄付



# 使われている評価基準

- ・ 脳卒中重症度評価
- ・ 神経学的機能障害度評価  
運動機能・認知機能
- ・ 日常生活機能障害度  
ADL・看護必要度
- ・ 日常生活自立度  
介護認定用

# 重症度評価

- ・ NIH Stroke Scale 脳卒中包括的評価スケール  
15項目 3～4段階評価 42点満点
- ・ Modified Rankin Scale 予後障害程度  
Grade 0～5

# 機能評価

- ・ 運動能力

MMT筋力検査      0 ～ 5 / 5

Brunnstrom運動検査    上肢・手指・下肢  
I ～ VI

- ・ 認知能力

HDS-R長谷川式簡易知能評価スケール  
9項目 / 30点

MMSE Mini-Mental State Examination  
11項目 / 30点

# A D L 評価

- ・ Functional Independent Measure (FIM)
    - 運動ADL 13項目 1～7点 (91)
    - 認知ADL 5項目 1～7点 (35) /126点
  - ・ Barthel Index (BI)
    - 10項目 2～3段階 0・5・10点 /100点
  - ・ 日常生活機能評価表 (←看護必要度)
    - 13項目 2～3段階 0・1・2点 /19点
- 
- ・ 障害老人の日常生活自立度判定基準
    - ランク J・A・B・C
  - ・ 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準
    - ランク I～IV・M

# 実際の記入方法

その1～4：急性期・回復期・維持期の施設間連携・相互紹介用の4種類。

デジタル（マイクロソフトエクセル）フォーマットがありデジタル入力も可能。

□項目には該当箇所にレ点を付け、自由書き部分には必要事項を記載する。

その1：急性期病院から回復期（リハビリ）病院または維持期医療機関や介護施設への紹介用パス

その2：回復期（リハビリ）病院から急性期病院への報告または／および維持期医療機関や介護施設への紹介用パス

：その1・2はほぼ同じ体裁：

：上段に診療情報書に記載すべき内容を記載して大まかな病歴と治療の経過を伝える。別に診療情報提供書があれば重複部分は省略してもよい。

：下段左に退院時の神経学的情報等を記載する。

既往歴と引継ぎ（退院）時の神経学的症候・評価を記載する。

：下段右に退院時の日常生活機能情報等を記載する。

引継ぎ時の日常生活機能や介護に関わる評価、事象を記載する。

診断名 梗塞  ラナ梗塞  アテローム血栓性脳梗塞  心原性脳塞栓  その他 ( ) 部位:  右  左  ACA  MCA  PCA  
 出血  脳出血  くも膜下出血 ( )  蛛網  視床  大脳皮質下  脳幹  小脳

発症日 年 月 日 手術  実施  カラウチ  血管内治療  開頭血腫除去  血管狭窄  
 手術日 /  非実施  減圧手術  脳室ドレナージ  ショット  他 血管障害 ( )

急性期病院 ( 病院 科 担当医: ) 転院 退院日 平成 年 月 日

発症・入院時の状態 合併症の状態 (発症日: 年 月 日) (発症日: 年 月 日)  
 主症状 現病歴

診断・治療概要

検査所見要略

症状推移

感染症  未実施  実施 (検体 ) 陽性:  MRSA  HBS  HCV  梅毒  他 ( )  
 輸血症  無  有 ( 年 月 日 )

治療継続上必要な項目 (合併症・監視が必要な検査とその目標値、INR目標値・インサージ投与等)

入院時目標と結果 ①診断の確定 ( / ) リハビリ開始日 ( / ) 輸液  ハソソ  オザグル  その他 ( )  
 ②治療方針の決定 ( / )  アルガトハソ  エダラソソ  
 ③病状の安定 ( / )  t-PA投与  抗血小板薬 ( )  糖尿病 ( )  
 投与時 NIHSS:  抗凝固薬 ( )  その他 ( )  
 降圧薬 ( )

急性期病院退院・転院時 ( 添付書類:  診療情報提供書  看護メモ  リハビリ実施記録書  MSW連絡書 )

かかりつけ医:  無  有 ( 医師名: )

既往歴: 家族の脳卒中既往歴  無  有  
 高血圧  不整脈  心疾患  脂質異常症  
 脳卒中危険因子  糖尿病  肥満  高尿酸血症  喫煙  アルコール

退院時の所見 発症前 ADL

意識レベルJCS

口頭命令入力  良好  不確実  不可

認知症  無  有 (不明 (HDS-R: 点))

高次脳機能障害  無  有 (不明)

意思疎通の問題  無  有 (失語  構音障害  聴覚障害)

視力・視野・視覚  無  有 ( )

上肢麻痺  無  右  左  軽度  中程度  重度 (MMT /5)

下肢麻痺  無  右  左  軽度  中程度  重度 (MMT /5)

感覚障害  無  有 ( )

失調他  無  有 ( )

関節拘縮  無  有 (部位: )

評価 mRS  0  I  II  III  IV  V  
 NIHSS /42  
 障害発症者の日常生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2  
 認知症発症者の日常生活自立度 自立 I II a II b III a III b IV M  
 (可能なら) FIM 総点 /126 運動 /91 認知 /85

記載日 年 月 日

気管切開  吸引 (頻度 /day)  褥創 (部位 )

退院時日常生活機能評価 (合計 /18点)

患者状況	0点	1点	2点	移動方法	<input type="checkbox"/> 自歩	<input type="checkbox"/> 補助移動
安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		口離清拭	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
手の単上	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 横まり可	<input type="checkbox"/> できない	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
起き上り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> できない
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 尻ふ必要	<input type="checkbox"/> できない	指示理解	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある

栄養摂取方法  経口  経鼻  胃瘻

嚥下障害  無  有 ( )

食事形態 制限食の有無  無  有 ( )

尿失禁  無  有 ( )

便失禁  無  有 ( )

入浴  清拭  シャワー  入浴介助

排泄器具等  ハルンカーナル  オムツ  尿器  差込便器  ホーケルトル

排泄動作  自立  監視  軽介助  全介助  非実施

不穏・不眠・危険行為・問題行動  無  有 ( )

家族に対する機能予後説明  無  有

家族・介護等の問題

退院時投薬内容

急性期病院からの  
 依頼用

急性期病院から  
 回復期リハ病院へ  
 または老健施設へ  
 あるいは診療所へ

# 宛先

病医院

科

医師 宛

■ 神奈川 脳卒中地域連携パス

ID: ■

氏名: ■

患者名

性別: ■ 男 ■ 女

年齢: ■

歳

■ 診断名 ■	<input type="checkbox"/> 梗塞 <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 ( )	部位: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> ACA <input type="checkbox"/> MCA <input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/> 被殻 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 大脳皮質下 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 小脳
---------	--	--

■ 発症日 ■	年 月 日	■ 手術 ■	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> クリッピング <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 開頭血腫除去 <input type="checkbox"/> 手術日 / / <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 減圧手術 <input type="checkbox"/> 脳室ドレナージ <input type="checkbox"/> シェント術 <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 血管攣縮 血管障害 ( )
---------	-------	--------	--	---

■ 急性期病院 ( )	■ 病院 ( )	■ 科 ( )	■ 担当医 ( )	■ 転帰 ( )
-------------	----------	---------	-----------	----------

発症・入院時の状態 合併症の状態 (発症日: 年 月 日) (発症日: 年 月 日) 主症状 現病歴 診断・治療概要 検査所見概略 症状推移 感染症 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 (検体 ) 陽性: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HBS <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 他 ( ) 輸血歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日 ) 治療継続上必要な項目 (合併症・監視が必要な検査とその目標値、INR目標値・インシュリン投与等)	退院日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 自宅退院 <input type="checkbox"/> 回復リハビリ病院 <input type="checkbox"/> 療養型病院 <input type="checkbox"/> 介護施設 ( ) 次回受診 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 平成 年 月 日 住・生活環境 <input type="checkbox"/> 居宅(介護者有り) <input type="checkbox"/> 居宅(介護者なし) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 保護適応 介護・身障手帳申請 介護保険 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 済 身障手帳 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 済
--	--

主治医記載者

診療情報提供書相当  
自由記載  
当該箇所にし点・日付等記入

入院時目標と結果	①診断の確定 ( / )	リハビリ開始日 ( / )	輸液	<input type="checkbox"/> ヘパリン <input type="checkbox"/> オザグレル <input type="checkbox"/> その他 ( )
	②治療方針の決定 ( / )	<input type="checkbox"/> t-PA投与		<input type="checkbox"/> アルガトロバン <input type="checkbox"/> エダラボン
	③病状の安定 ( / )	投与時 NIHSS: /42	投薬	<input type="checkbox"/> 抗血小板薬 ( ) <input type="checkbox"/> 糖尿薬 ( ) <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 降圧薬 ( )



# 転・退院時の状態を記載する

急性期病院退院・転院時 ( 添付書類:  診療情報提供書  看護サマリ  リハビリ実施記録書  MSW連絡書 )

かかりつけ医: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 医師名: _____ )	
既往歴: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">既往歴</span>	
家族の脳卒中既往歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
脳卒中危険因子 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール	
退院時の所見	発症前ADL
意識レベルJCS	
口頭命令入力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不確実 <input type="checkbox"/> 不可
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 (HDS-R: _____ 点)
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
意思疎通の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 )
視力、視野、複視	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )
上肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度 (MMT /5)
下肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度 (MMT /5)
感覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )
失調他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
関節拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 部位: _____ )
評価 mRS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
NIHSS	_____/42
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
(可能なら) FIM	総点 /126 運動 /91 認知 /35
記載日	年 月 日

## 神経学的状態

<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 吸引 (頻度 /day)	<input type="checkbox"/> 褥創 (部位)			
退院時日常生活機能評価 (合計 /19点)					
患者状況	0点	1点	2点	移動方法	<input type="checkbox"/> 自由 <input type="checkbox"/> 補助移動
安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		口腔清拭	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
手の挙上	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 捕まり可 <input type="checkbox"/> できない		衣服着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
起き上り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> できない
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支え必要 <input type="checkbox"/> できない		指示理解	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない		危険行動	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
栄養摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻				
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )				
食事形態	_____				
制限食の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )				
便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )				
入浴	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴介助				
排泄器具等	<input type="checkbox"/> ハルンカテール <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホータルトイレ				
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 非実施				
不隠・不眠・危険行為・問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )				
家族に対する機能予後説明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
家族、介護等の問題	_____				
退院時投薬内容	_____				

## ADL・看護状態

該当箇所にレ点等

ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ 性別: 男・女 年齢: \_\_\_\_\_ 歳

診断名 梗塞  ラナ梗塞  アテローム血栓性脳梗塞  心原性脳塞栓  その他 \_\_\_\_\_ 部位:  右  左  ACA  MCA  PCA  
 出血  脳出血  くも膜下出血 \_\_\_\_\_ ( )  顔面  視床  大脳皮質下  脳幹  小脳

発症日 年 月 日

手術  実施  カラウゲ  血管内治療  閉鎖血腫除去  血管造影  
 非実施  減圧手術  脳室ドレナージ  シェット術  他 \_\_\_\_\_  
 手術日 /

回復期リハビリ病棟等 ( 病院 科 担当医: \_\_\_\_\_ )

発症・入院時の状態 (発症日: 年 月 日) (発症日: 年 月 日)

合併症の状態 \_\_\_\_\_

主症状 \_\_\_\_\_

現病歴 \_\_\_\_\_

診断・治療概要 \_\_\_\_\_

検査所見概略 \_\_\_\_\_

症状推移 \_\_\_\_\_

投薬内容 輸液 \_\_\_\_\_ 内服 \_\_\_\_\_

感染症  未実施  実施 (検体 \_\_\_\_\_) 陽性:  MRSA  HBS  HCV  梅毒  他 ( \_\_\_\_\_ )  
 輸血歴  無  有 ( 年 月 日 \_\_\_\_\_ )

治療継続上必要な項目 (合併症・監視が必要な検査とその目標値、IMR目標値・ケアの投与等)

転院日 平成 年 月 日

自宅退院

回復期リハ病院

療養型病院

介護施設

( \_\_\_\_\_ )

次回受診  必要  不要 平成 年 月 日

住・生活環境  居宅(介護者有り)  居宅(介護者なし)  施設  保護施設

介護・身障手帳申請  介護保険  未  中  済  身障手帳  未  中  済

回復期病院退院・転院時 ( 添付書類:  診療情報提供書  看護サマリ  リハビ実施記録書  MSW連絡書 )

かかりつけ医:  無  有 ( 医師名: \_\_\_\_\_ )

既往歴: \_\_\_\_\_

家族の脳卒中既往歴:  無  有

脳卒中危険因子:  高血圧  不整脈  心疾患  脂質異常症  
 糖尿病  肥満  高尿酸血症  喫煙  アルコール

退院時の病見 発症前 ADL

意識レベルJCS \_\_\_\_\_

口頭命令入力  良好  不確実  不可

認知症  無  有  不明 (HDS-R: \_\_\_\_\_ 点)

高次脳機能障害  無  有  不明

意思疎通の問題  無  有 (  失語  構音障害  聴覚障害 )

視力・視野・視覚  無  有 ( \_\_\_\_\_ )

上肢麻痺  無  右  左  軽度  中程度  重度 (MMT /5)

下肢麻痺  無  右  左  軽度  中程度  重度 (MMT /5)

感覚障害  無  有 ( \_\_\_\_\_ )

失調他  無  有 ( \_\_\_\_\_ )

関節拘縮  無  有 (部位: \_\_\_\_\_ )

評価 mRS  0  I  II  III  IV  V  
 NIHSS /42  
 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 II a II b III a III b IV M  
 FIM 総点 /126 運動 /91 認知 /95

記載日 年 月 日

気管切開  吸引 (頻度 /day)  褥創 (部位 \_\_\_\_\_)

退院時日常生活機能評価 (合計 /19点)

患者状況	0点	1点	2点	移動方法	<input type="checkbox"/> 自由	<input type="checkbox"/> 補助移動
安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		口腔清拭	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
手の挙上	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一介助 <input type="checkbox"/> 全介助
着脱	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 構まり可	<input type="checkbox"/> できない	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一介助 <input type="checkbox"/> 全介助
起き上り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> できない
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支え必要	<input type="checkbox"/> できない	指示理解	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一介助	<input type="checkbox"/> できない	危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある

栄養摂取方法  経口  経鼻  胃瘻

嚥下障害  無  有 ( \_\_\_\_\_ )

食事形態 \_\_\_\_\_

制約の有無  無  有 ( \_\_\_\_\_ )

尿失禁  無  有 ( \_\_\_\_\_ )

便失禁  無  有 ( \_\_\_\_\_ )

入浴  清拭  シャワー  入浴介助

排泄器具等  ハルンカテール  オムツ  尿器  差込便器  ホムカトル

排泄動作  自立  監視  軽介助  全介助  非実施

不穏・不眠・危険行為・問題行動  無  有 ( \_\_\_\_\_ )

家族に対する機能予後説明  無  有

家族・介護等の問題 \_\_\_\_\_

退院時投薬内容 \_\_\_\_\_

# 回復期病院の報告・依頼用

回復期リハ病院から急性期病院へ報告または老健施設へあるいは診療所へ

病医院

科

医師 宛

■ 神奈川 脳卒中地域連携パス

ID: ■■■■	氏名: ■■■■	性別: ■ 男 ■ 女	年齢: ■■■■ 歳
----------	----------	-------------	------------

■ 診断名 ■	梗塞 <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	部位: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> ACA <input type="checkbox"/> MCA <input type="checkbox"/> PCA
	出血 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 ( )	<input type="checkbox"/> 被殻 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 大脳皮質下 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 小脳

■ 発症日 ■	年 月 日	■ 手術 ■	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> クリッピング <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 開頭血腫除去 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 減圧手術 <input type="checkbox"/> 脳室ドレナージ <input type="checkbox"/> シント術 <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 血管攣縮 血管障害 ( )
---------	-------	--------	--	---

回復期リハビリ病院等 ( )	病院	科	担当医: ( )	転帰
----------------	----	---	----------	----

発症・入院時の状態 (発症日: 年 月 日)

合併症の状態 (発症日: 年 月 日)

主症状

現病歴

診断・治療概要

検査所見概略

症状推移

投薬内容

輸液

内服

感染症  未実施  実施 (検体 ) 陽性:  MRSA  HBS  HCV  梅毒  他 ( )

輸血歴  無  有 ( 年 月 日 )

治療継続上必要な項目 (合併症・監視が必要な検査とその目標値、INR目標値・インシュリン投与等)

診療情報提供書相当  
急性期から回復期での変化等  
自由記載  
当該箇所にて点・日付等記入

退院日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 自宅退院 <input type="checkbox"/> 回復リハビリ病院 <input type="checkbox"/> 療養型病院 <input type="checkbox"/> 介護施設 ( )	
次回受診	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 平成 年 月 日
住・生活環境	<input type="checkbox"/> 居宅(介護者有り) <input type="checkbox"/> 居宅(介護者なし) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 保護適応
介護・身障手帳申請	介護保険 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 済 身障手帳 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 済

急性期病院用に同じ

# 転・退院時の状態を記載する

回復期病院退院・転院時 ( 添付書類:  診療情報提供書  看護サマリ  リハビリ実施記録書  MSW連絡書 )

かかりつけ医: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 医師名: )	
既往歴:	
家族の脳卒中既往歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
脳卒中危険因子: <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール	
退院時の所見	発症前ADL
意識レベルJCS	
口頭命令入力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不確実 <input type="checkbox"/> 不可
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 (HDS-R: 点)
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
意思疎通の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 失語 <input checked="" type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 )
視力、視野、複視	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
上肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度 (MMT /5)
下肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度 (MMT /5)
感覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
失調他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
関節拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )
評価 mRS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
NIHSS	/42
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
FIM	総点 /126 運動 /91 認知 /35
記載日	年 月 日

<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 吸引 (頻度 /day)	<input type="checkbox"/> 褥創 (部位 )				
退院時日常生活機能評価 (合計 /19点)						
患者状況	0点	1点	2点	移動方法	<input type="checkbox"/> 自由	<input type="checkbox"/> 補助移動I
安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		口腔清拭	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
手の挙上	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 捕まり可	<input type="checkbox"/> できない	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
起き上り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> できない
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支え必要	<input type="checkbox"/> できない	指示理解	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
栄養摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻					
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
食事形態						
制限食の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
入浴	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴介助					
排泄器具等	<input type="checkbox"/> ハルーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホータブトイレ					
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 非実施					
不慮・不眠・危険行為・問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
家族に対する機能予後説明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
家族、介護等の問題						
退院時投薬内容						

## 急性期病院用に同じ

その1～4：急性期・回復期・維持期の施設間連携・相互紹介用の4種類。

デジタル（マイクロソフトエクセル）フォーマットがありデジタル入力も可能。

□項目には該当箇所にレ点を付け、自由書き部分には必要事項を記載する。

その3：維持期医療機関や介護施設から急性期病院やリハビリ病院への報告または紹介用パス

：上段に診療情報書に記載すべき内容を記載する。

大まかな病歴と引き受け後の治療経過を伝える。

：下段左に退院時の日常生活機能情報等を記載する。

引継ぎ時の日常生活機能や介護に関わる評価、事象を記載する。

：下段右に照会内容等を記載する。

その4：維持期医療機関や介護施設から急性期病院やリハビリ病院への再紹介用パス

：再発診療や再リハ要望時に概ねレ点チェックで済ませられるパス用紙

：その3とその4は使い勝手の好い方を選択して使用できる。

■神奈川 脳卒中地域連携バス

病医院	科	医師 氏名
ID:	氏名:	性別: 男・女 年齢: 歳

再治療要請時紹介用  
神奈川 脳卒中地域連携バス

病医院	科	医師 氏名
ID:	氏名:	性別: 男・女 年齢: 歳

診断名	梗塞 <input type="checkbox"/> ラナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	部位: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> ACA <input type="checkbox"/> MCA <input type="checkbox"/> PCA
出血	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血	<input type="checkbox"/> 被褥 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 大脳皮質下 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 小脳
発症日	年 月 日	手術: <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> カラセウ <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 閉鎖血腫除去 <input type="checkbox"/> 血管塞瘤
	手術日 /	<input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 減圧手術 <input type="checkbox"/> 脳室ドレーン <input type="checkbox"/> シェット <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 血管障害 <input type="checkbox"/>

診断名	梗塞 <input type="checkbox"/> ラナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	部位: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> ACA <input type="checkbox"/> MCA <input type="checkbox"/> PCA
出血	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血	<input type="checkbox"/> 被褥 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 大脳皮質下 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 小脳
前回発症日	年 月 日	手術: <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> カラセウ <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 閉鎖血腫除去 <input type="checkbox"/> 血管塞瘤
	手術日 /	<input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 減圧手術 <input type="checkbox"/> 脳室ドレーン <input type="checkbox"/> シェット <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 血管障害 <input type="checkbox"/>

継続期担当施設 ( )	医師・施設 担当医 ( )	転帰
発症・入院時の状態	合併症の状態 (発症日: 年 月 日)	(発症日: 年 月 日)
合併症の状態	主症状	現病歴
診断・治療概要	検査所見要略	症状推移
投薬内容	輸液	内服
住・生活環境		
<input type="checkbox"/> 居宅(介護者有り) <input type="checkbox"/> 居宅(介護者なし) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 保護通応 <input type="checkbox"/> 介護・身障手帳申請 介護保険 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 済 身障手帳 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 済		

紹介時直近状況 ( 年 月 日 状況)	急性期受診目的	再発	合併症	再受診時期	内服薬	合併症治療
<input type="checkbox"/> 再発予防(定期的全身精査) <input type="checkbox"/> 合併症治療 <input type="checkbox"/> 6ヶ月後 <input type="checkbox"/> 12ヶ月後 <input type="checkbox"/> 再発の疑い <input type="checkbox"/> その他治療 <input type="checkbox"/> 再発治療	<input type="checkbox"/> 再発あり <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 専門外来治療 <input type="checkbox"/> かがりついで経過観察	<input type="checkbox"/> 治療必要 <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門外来治療 <input type="checkbox"/> 治療不要 <input type="checkbox"/> かがりついで経過観察	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 3ヶ月後 <input type="checkbox"/> 6ヶ月後 <input type="checkbox"/> 12ヶ月後	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( ) <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( )	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 維持リハビリ継続 <input type="checkbox"/> 維持リハビリ見直し ( ) <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( ) <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( ) <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( )	
現治療/薬剤	添付検査結果	リハビリ	清潔	摂食	食事	
<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 他 ( ) <input type="checkbox"/> 合併症治療	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> エコー等	<input type="checkbox"/> 維持リハビリ <input type="checkbox"/> 状態に応じて指示 <input type="checkbox"/> 状態に応じて指示	<input type="checkbox"/> 状態に応じて指示	<input type="checkbox"/> 状態に合わせて食事形態 <input type="checkbox"/> 栄養指導	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

継続期施設での機能状態 (添付書類: <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> リハビリ実施記録書)	療養型病院入院記録 (他施設紹介時に記入)	かかりつけ医等記入欄 (他施設紹介時に記入)
ADL	日常生活機能評価 合計 /19点	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助
患者状況 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 安静指示 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手の挙上 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 寝返り <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 難ま可 <input type="checkbox"/> できない 起き上り <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 座位 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見え感悪 <input type="checkbox"/> できない 歩行 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一歩介助 <input type="checkbox"/> できない 栄養摂取方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 嘔下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 食事形態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 制限食の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 尿失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 便秘 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 入浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴介助 排泄器具等 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホーカウトル 排泄動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 非実施 不穏・不眠 危険行為・問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	主治医コメント	特記すべき事項 (ケアマネ・訪問看護ステーション等が必要に応じて記入) 特記すべき事項 (ケアマネ・訪問看護ステーション等が必要に応じて記入)
評価 mRS <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V NIHSS /42 障害高齢者の日常生活自立度 自立 I J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M (可能なら) FIM 総点: /128 運動: /91 認知: /35		
記載日	年 月 日	神奈川県【試行版】 維持期間 (2009.7.2)

ADL	日常生活機能評価 ※記入可能な施設のみ記入	患者状況	尿失禁	便秘	不穏・不眠 危険行為・問題行動
安静指示 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手の挙上 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 寝返り <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 難ま可 <input type="checkbox"/> できない 起き上り <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 座位 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見え感悪 <input type="checkbox"/> できない 歩行 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一歩介助 <input type="checkbox"/> できない	0点 1点 2点 移動方法 <input type="checkbox"/> 自由 <input type="checkbox"/> 補助移動 口腔清拭 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 食事摂取 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一歩介助 <input type="checkbox"/> 全介助 衣服着脱 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一歩介助 <input type="checkbox"/> 全介助 意思伝達 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 難ま可 <input type="checkbox"/> できない 指示理解 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 排泄行動 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホーカウトル <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 非実施	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
栄養摂取方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 嘔下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 食事形態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 制限食の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 尿失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 便秘 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 入浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴介助 排泄器具等 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホーカウトル 排泄動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 非実施 不穏・不眠 危険行為・問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	合計 /19点	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
記載日	年 月 日	神奈川県【試行版】 (回復・維持期～急性期回復期紹介用) (2009.7.2)			

維持期発行用 2種類のどちらかを記入して使用

■神奈川 脳卒中地域連携バス

病医院	科	医師	宛
ID:	氏名:	性別: 男・女	年齢: 歳

診断名	梗塞	<input type="checkbox"/> ラクナ梗塞	<input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞	<input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓	<input type="checkbox"/> その他	部位:	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> ACA	<input type="checkbox"/> MCA	<input type="checkbox"/> PCA
	出血	<input type="checkbox"/> 脳出血	<input type="checkbox"/> くも膜下出血	( )			<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 視床	<input type="checkbox"/> 大脳皮質下	<input type="checkbox"/> 脳幹	<input type="checkbox"/> 小脳

発症日	年 月 日	手術:	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> ケルビング	<input type="checkbox"/> 血管内治療	<input type="checkbox"/> 開頭血腫除去	<input type="checkbox"/> 血管収縮
		手術日 /	<input type="checkbox"/> 非実施	<input type="checkbox"/> 減圧手術	<input type="checkbox"/> 脳室ドレナージ	<input type="checkbox"/> シット術	<input type="checkbox"/> 他

維持期当施設 ( )		医院・施設 担当医: ( )		経過
発症・入院時の状態		合併症の状態 (発症日: 年 月 日) (発症日: 年 月 日)		
主症状				<input type="checkbox"/> 自宅退院
現病歴				<input type="checkbox"/> 療養型病院
診断・治療概要				<input type="checkbox"/> 介護施設 ( )
検査所見概略				<input type="checkbox"/> 急性期病院(再発時等) ( )
症状推移				
投薬内容		輸液	内服	住・生活環境
				<input type="checkbox"/> 居宅(介護者有り)
				<input type="checkbox"/> 居宅(介護者なし)
				<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 保護適応
				介護・身障手帳申請
				介護保険 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 済
				身障手帳 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 済

維持期施設での機能状態 ( 添付書類: 診療情報提供書 リハビリ実施記録書 )

		療養型病院記入欄 (他施設紹介時に記入)			かかりつけ医等記入欄 (他施設紹介時に記入)						
ADL		日常生活機能評価 合計 /19点			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
患者状況	0点	1点	2点	移動方法	<input type="checkbox"/> 自由	<input type="checkbox"/> 補助移動	主治医コメント				
安静指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> 難清拭	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない					
手の挙上	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない			食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
歩行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 歩まじ可 <input type="checkbox"/> できない			衣服着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
起き上り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない			意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> できない					
座位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 覚え必要 <input type="checkbox"/> できない			指示理解	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
移動	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある					
栄養摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻										
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )										
食事形態	.....										
制限食の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )										
尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )										
便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )										
入浴	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴介助										
排泄器具等	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 巻込便器 <input type="checkbox"/> ホーカトルト化										
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 非実施										
不穏・不眠 危険行為・問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )							
評価	mRS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	特記すべき事項 (ケアマネ・訪問看護ステーション等が必要に応じて記入)				
	NIHSS	/42									
	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 (可能なら) FIM	自立	I	IIa	IIb	IIIa		IIIb	IV	M	
	総点: /128	運動: /91	認知: /35								
記載日	年 月 日										

# 維持期からの 報告用

維持期診療所  
老健施設から  
急性期病院へ報告

# 宛先

病医院

科

医師 宛

■ 神奈川 脳卒中地域連携パス

ID: ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	氏名: ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	患者名	性別: ■ 男 ■ 女	年齢: ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ 歳
-------------------------	-------------------------	-----	-------------	---------------------------

■ 診断名 ■	梗塞 <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓 <input type="checkbox"/> その他 出血 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 ( )	部位: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> ACA <input type="checkbox"/> MCA <input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/> 被殻 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 大脳皮質下 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 小脳
---------	--	--

■ 発症日 ■	年 月 日	■ 手術 ■ 術日 / /	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> クリッピング <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 開頭血腫除去 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 減圧手術 <input type="checkbox"/> 脳室ドレナージ <input type="checkbox"/> シャント術 <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 血管攣縮 血管障害 ( )
---------	-------	------------------	---	---

維持期担当施設 ( ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ )	医院・施設 担当医 ( ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ )
---------------------------------	-----------------------------------

発症・入院時の状態 合併症の状態 (年 月 日) 主症状 現病歴	(発症日: 年 月 日)	■ ■
---	--------------	--

急性期の記載転記  
または新規記入

主治医記載者

診療情報提供書相当  
維持期での変化等  
自由記載  
当該箇所にて点・日付等記入

■ 転 帰 ■

自宅退院  
 療養型病院  
 介護施設  
 ( )  
 急性期病院(再発時等)  
 ( )

住・生活環境

居宅(介護者有り)  
 居宅(介護者なし)  
 施設  保護適応

介護・身障手帳申請

介護保険  未  中  済  
 身障手帳  未  中  済

検査所見概略

症状推移

投薬内容 輸液



# 来院時の状態を記載する

維持期施設での機能状態 ( 添付書類:  診療情報提供書  リハビリ実施記録書 )

		療養型病院記入欄 (他施設紹介時に記入)					かかりつけ医等記入欄 (他施設紹介時に記入)							
ADL		日常生活機能評価					合計 /19点							
患者状況		0点	1点	2点	移動方法	<input type="checkbox"/> 自由	<input type="checkbox"/> 補助移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 監視	<input type="checkbox"/> 軽介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			口腔清拭	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	主治医コメント						
手の挙上	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助					<input type="checkbox"/> 全介助		
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 補まり可	<input type="checkbox"/> できない		衣服着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助					<input type="checkbox"/> 全介助		
起き上り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可能					<input type="checkbox"/> できない		
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支え必要	<input type="checkbox"/> できない		指示理解	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ							
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない		危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある							
栄養摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻													
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )													
食事形態														
制限食の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )													
尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )													
便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )													
入浴	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴介助													
排泄器具等	<input type="checkbox"/> ハルーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ													
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 非実施													
不隠・不眠 危険行為・問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )								
評価	mRS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V	特記すべき事項 (ケアマネ・訪問看護ステーション等が必要に応じて記入)						
	NIHSS	/42												
	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	
	(可能なら) FIM	総点: /126 運動: /91 認知: /35												
記載日	年 月 日													

ADL・看護状態

該当箇所にレ点等

フォローアップ時の状態を報告してもよい

病医院	科	医師	宛
ID:	氏名:	性別: 男・女	年齢: 歳

診断名	梗塞 <input type="checkbox"/> ラナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> ACA <input type="checkbox"/> MCA <input type="checkbox"/> PCA
	出血 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 ( )	<input type="checkbox"/> 梗塞 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 大脳皮質下 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 小脳

前回発症日	年 月 日	手術日	/
手術	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> カラウエ <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 閉鎖血栓除去 <input type="checkbox"/> 血管縮小 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 減圧手術 <input type="checkbox"/> 脳室ドレナージ <input type="checkbox"/> シント術 <input type="checkbox"/> 他	血管障害 ( )	

回復期 or 維持期担当施設 ( )	担当医 ( )	要請先施設 ( )	病医院 ( )
紹介時直近状況 ( 年 月 日 状況 )		診断結果 ( 年 月 日 記載 )	
急性期受診目的	<input type="checkbox"/> 再発予防(定期的全身精査) <input type="checkbox"/> 合併症治療 <input type="checkbox"/> 6ヶ月後 <input type="checkbox"/> 12ヶ月後 <input type="checkbox"/> 再発の疑い <input type="checkbox"/> その他治療 <input type="checkbox"/> 再発治療	再発	<input type="checkbox"/> 再発あり <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 専門外来治療 <input type="checkbox"/> かかりつけ医で経過観察
現治療/薬剤	内服 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 他 ( ) 合併症治療	合併症	<input type="checkbox"/> 治療必要 <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門外来治療 <input type="checkbox"/> 治療不要 <input type="checkbox"/> かかりつけ医で経過観察
添付検査結果	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> エコー等	再受診時期	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 3ヶ月後 <input type="checkbox"/> 6ヶ月後 <input type="checkbox"/> 12ヶ月後
リハビリ	<input type="checkbox"/> 維持リハビリ	内服薬	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( )
清潔	<input type="checkbox"/> 状態に応じて指示	合併症治療	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( )
排泄	<input type="checkbox"/> 状態に応じて指示		<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> MRI
食事	状態に合わせた食事形態 <input type="checkbox"/> 栄養指導		<input type="checkbox"/> 継続リハビリ継続 <input type="checkbox"/> 維持リハビリ見直し ( )
			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( )
			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( )

回復期 or 維持期施設での機能状態 ( 添付書類:  診療情報提供書  リハビリ実施記録書 )

ADL	紹介時状況記入欄							
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	日常生活機能評価 ※記入可能な施設のみ記入	患者状況	0点	1点	2点	移動方法	<input type="checkbox"/> 自由	<input type="checkbox"/> 補助移動
		安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 段清拭	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
手の挙上		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	食事摂取	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 難ま可	<input type="checkbox"/> できない	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	起床上り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> できない	
	合計	___ / 19点			座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 実必要 <input type="checkbox"/> できない	
	排泄	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	指示理解	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
栄養摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻	尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
食事形態		入浴	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴介助					
制限食の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	排泄器具等	<input type="checkbox"/> ハルーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホーカルト化					
不穏・不眠 危険行為・同調行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 非実施					
紹介元主治医コメント								
特記すべき事項 (ケアマネ・訪問看護ステーション等が必要に応じて記入)								

記載日 年 月 日

維持期からの  
 紹介用  
 再発時  
 廃用症候群等

維持期診療所  
 老健施設から  
 急性期病院・  
 リハ病院等へ紹介  
 簡素化されている

# 宛先

再治療要請時紹介用

神奈川 脳卒中地域連携パス

病医院

科

医師 宛

ID: <input type="text"/>	氏名: <input type="text"/>	<b>患者名</b>	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢: <input type="text"/> 歳
--------------------------	--------------------------	------------	---	----------------------------

■ 診断名 ■	梗塞 <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部位: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> ACA <input type="checkbox"/> MCA <input type="checkbox"/> PCA
	出血 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 ( )	<input type="checkbox"/> 被殻 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 大脳皮質下 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 小脳

前回発症日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	前回手術 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> クリッピング <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 開頭血腫除去 <input type="checkbox"/> 血管攣縮 手術日: / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 減圧手術 <input type="checkbox"/> 脳室ドレナージ <input type="checkbox"/> シヤント術 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 血管障害 ( )
--	---	---

回復期 or 維持期担当施設 (  ) 担当医 (  )

要請先施設 (  ) 病医院 (  ) 科 (  )

最近状況 (  年  月  日状況 )

診断結果 (  年  月  日記載 )

**主治医記載者**

**要請先**

急性期受診目的	<input type="checkbox"/> 再発の疑い <input type="checkbox"/> 再発治療 <input type="checkbox"/> 合併症治療 <input type="checkbox"/> その他治療 <input type="checkbox"/> 6ヶ月後 <input type="checkbox"/> 12ヶ月後
---------	--

再発	<input type="checkbox"/> 再発あり <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 専門外来治療 <input type="checkbox"/> かかりつけ医で経過観察
合併症	<input type="checkbox"/> 治療必要 <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門外来治療 <input type="checkbox"/> 治療不要 <input type="checkbox"/> かかりつけ医で経過観察
再受診時期	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 3ヶ月後 <input type="checkbox"/> 6ヶ月後 <input type="checkbox"/> 12ヶ月後

現治療/薬剤	内服 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 他 ( ) 合併症治療
--------	--

内服薬	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( )
合併症治療	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ( )

添付検査結果  血液検査  CT  エコー等

血液検査  CT  エコー  MRI

リハビリ  維持リハビリ

維持リハビリ継続  維持リハビリ見直し ( )

清潔  状態に応じて指示

継続  変更 ( )

排泄  状態に応じて指示

継続  変更 ( )

食事 状態に合わせた食事形態  栄養指導

継続  変更 ( )

回復期 or 維持期施設での機能状態 ( 添付書類:  診療情報提供書  リハビリ実施記録書 )

**レ点のみで可能**

		紹介時状況記入欄										
ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助											
	日常生活機能評価 ※記入可能な施設のみ記入	患者状況	0点	1点	2点	移動方法	<input type="checkbox"/> 自由	<input type="checkbox"/> 補助移動				
		安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		口腔清拭	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない				
		手の挙上	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
		寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 補助あり	<input type="checkbox"/> できない	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
		起き上り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可能	<input type="checkbox"/> できない			
		座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支え必要	<input type="checkbox"/> できない	指示理解	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ				
	移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある					
合計	_____ / 19点											
栄養摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻				尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )						
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )				便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )						
食事形態	_____				入浴	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴介助						
制限食の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )				排泄器具等	<input type="checkbox"/> ハルーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ホータブトイレ						
					排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 非実施						
不眠・不眠 危険行為・問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )											
紹介元主治医コメント												
<div style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; color: white; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">要請時のADL・看護状態</div>												
<div style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">必要事項自由記載</div>												
特記すべき事項 ( ケアマネ・訪問看護ステーション等が必要に応じて記入)												

■ 記載日 ■	年 月 日
---------	-------

その5：患者所持用説明用パス（オーバービューパス）

：患者に所持させるパス

：急性期より状態・方向性を説明し署名を交すパス用紙

：左欄は急性期病院にて説明時に記載する。

：中欄はリハビリテーション病院等で目標・進捗状況等の説明時に記載するもので、記載時期は説明に合わせて自由とする。

：右欄は維持期担当施設等で目標等の説明時に記載する。

：いずれも説明時に説明者と患者・家族等の署名を交す。

デジタル（マイクロソフトエクセル）フォーマットがありデジタル入力も可能。

□項目には該当箇所にレ点を付け、自由書き部分には必要事項を記載する。

<b>《脳卒中地域連携パス》</b>															
<b>患者氏名</b> _____				<b>梗塞</b> <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓 <input type="checkbox"/> その他			<b>部位</b> <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 前大脳動脈 <input type="checkbox"/> 中大脳動脈 <input type="checkbox"/> 後大脳動脈								
平成 年 月 日 時 分 発症				<b>出血</b> <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血			<input type="checkbox"/> 被褥 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 大脳皮質下 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 小脳								
<b>急性期治療期間</b> 担当医療機関: _____ 担当医: _____				<b>リハビリテーション訓練期間</b> 担当医療機関: _____ 担当医: _____				<b>維持期間</b> 担当医療機関: _____ 担当医: _____							
① 診断が確定している ( / ) ② 病状が安定している ( / ) ③ 治療方針が確定している ( / ) ④ 在宅が可能か ( <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 ) ⑤ パス公示日 ( 年 月 日 ) ⑥ リハビリの適応 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )				あなたのリハビリの期間は、( )ヶ月を予定しています。リハビリ開始院後、主治医より説明があります。 リハビリの種類 <input type="checkbox"/> 医療保険【 <input type="checkbox"/> 回復期(8単位/日) <input type="checkbox"/> 療養(6単位/日・医療区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 通院】 <input type="checkbox"/> 介護保険【 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設】				訪問診療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 慢性期治療 ( ) 合併症の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 制御 <input type="checkbox"/> 悪( ) <input type="checkbox"/> 良( ) 身障者手帳 <input type="checkbox"/> 申請 ( 級 ) ケアマネージャー: _____ 事業所名: _____ <input type="checkbox"/> 医療保険対象リハビリテーション* <input type="checkbox"/> 除外診断名: _____ <input type="checkbox"/> 基礎疾患名: _____ <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 外実リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション(要・指示書) <input type="checkbox"/> 介護保険対象リハビリテーション* <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> デイケア(要・医師の指示) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 訪問看護(要・指示書) <input type="checkbox"/> 訪問看護(要・指示書) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 施設リハ** 入所施設名: _____ 連絡先: _____ *医療保険と介護保険の併用は不可です **施設リハは介護老人保健施設限定です							
<b>急性期治療</b>				<b>転院時(入院時)</b>				<b>退院時</b>							
<input type="checkbox"/> t-PA <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> アルガトロバン <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> クロビドグレル <input type="checkbox"/> オザグレルNa <input type="checkbox"/> 心臓細動 <input type="checkbox"/> シロスタゾール <input type="checkbox"/> エダラボン <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> ウルファリン <input type="checkbox"/> ヘリリン <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> 脳質異常 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 水腫症管理 <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> その他: _____ <input type="checkbox"/> その他: _____				日付 / / / / / / / / / / 移動度ステップ ~理学療法(PF) 				転院時の目標値 自立度(介護測定) □ I □ IIa □ IIb □ IIc □ IIIa □ IIIb □ IV □ V □ M ( ) 日常生活動作(ADL) _____ トイレ ( ) 食事動作 ( ) 整容 ( ) 入浴 ( ) 更衣 ( ) その他 ( ) 食事 _____ 排便 _____ 入浴 _____ 入浴 ( ) <b>経管栄養</b>  _____ <b>おむつ</b>  _____ <b>機械浴</b>  _____ その他 ( )				入浴時 _____ 退院時 _____ 退院時の目標値 自立度(介護測定) □ I □ IIa □ IIb □ IIc □ IIIa □ IIIb □ IV □ V □ M ( ) 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 理解の障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり コミュニケーション 理解: <input type="checkbox"/> 無反応 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 挨拶程度 <input type="checkbox"/> 単語レベル <input type="checkbox"/> 短文レベル <input type="checkbox"/> 日常会話可能 表出の障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 言語療法(ST) _____ 表出: <input type="checkbox"/> 無反応 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 身振り可能 <input type="checkbox"/> 単語レベル <input type="checkbox"/> 短文レベル <input type="checkbox"/> 日常会話可能 嚥下障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 廃用(嚥下) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他: ( ) 嚥下 _____ 食形態 _____ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IvH) <input type="checkbox"/> 胃瘻(PEG) <input type="checkbox"/> 経管 _____ 経管>経口 _____ 経管<経口 _____ 経口 _____ その他: ( ) 食事摂取量 _____ / 10 <input type="checkbox"/> 介護 _____ / 10 必須手続き <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 申請 ( / ) 必須手続き等 → 要介護1~5 → □ 居宅事業者と契約・ケアマネージャー選定 → □ ケアプランの作成 → □ 事業者と契約 □ 福祉用具貸与 → 要支援1・2 → □ 地域包括支援センターにて介護予防ケアプランの作成 → □ 事業者と契約 □ 福祉用具貸与 → 介護保険 □ 申請 ( / ) → 認定調査・主治医意見書・審査・判定・認定 → ( / )以降(最長30日間)			
<b>サイン欄</b>				<b>入院後7日以内</b>				<b>転院直後</b>							
説明日 _____ 年 月 日 説明者氏名 _____ ご本人署名 _____ 同意者署名 (捺印) _____				介護保険での入所サービス 施設に短期間入所する居宅サービス <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (福祉施設でのショートステイ) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (老健施設・病院等でのショートステイ)				居宅系サービス <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 (介護保険の指定を受けた介護付有料老人ホーム等に入居し、食事・入浴・排泄などに関わる介護が受けられます。) <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護				施設サービス <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設			
<b>退院直前</b>				<b>緊急連絡先</b>											
説明日 _____ 年 月 日 説明者氏名 _____ ご本人署名 _____ 同意者署名 (捺印) _____				担当医療機関: _____ 担当医: _____ 連絡先: _____											

# オーバービューパス 説明用 署名欄付

《脳卒中地域連携パス》 患者氏名 様 様番  ラクナ様番  アテローム血栓性脳梗塞  心原性脳塞栓  その他 部位  右  左  前大脳動脈  中大脳動脈  後大脳動脈  
平成 年 月 日 時 分 発症 出血  脳出血  くも膜下出血  被殻  視床  大脳皮質下  脳幹  小脳

### 急性期治療期間

担当医療機関:  
担当医:

退院基準 基準を満たせば次のステップへ移ります

診断が確定している ( / )  
 病状が安定している ( / )  
 治療方針が確定している ( / )  
 在宅が可能か (  可能  不可能 )  
 バス公示日 ( 年 月 日 )  
 リハビリの適応 (  あり  なし )

急性期治療	合併症など	慢性期治療
<input type="checkbox"/> t-PA	<input type="checkbox"/> 既脳卒中	<input type="checkbox"/> アスピリン
<input type="checkbox"/> アルガトロバン	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> クロピドグレル
<input type="checkbox"/> オザグレルNa	<input type="checkbox"/> 心房細動	<input type="checkbox"/> シロスタゾール
<input type="checkbox"/> エダラボン	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> ワルファリン
<input type="checkbox"/> ヘパリン	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> インスリン
<input type="checkbox"/> アスピリン	<input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> 血液透析
<input type="checkbox"/> 手術療法	<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 水頭症管理
<input type="checkbox"/> 血管内治療	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患	<input type="checkbox"/> 降圧剤
<input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 癌( )	<input type="checkbox"/> その他:
	<input type="checkbox"/> その他:	
	入院時	退院時
日付	/	/
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
理解の障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
表出の障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
食形態		
食事摂取量	/ 10	/ 10
必須手続き	介護保険 <input type="checkbox"/> 申請 ( / )	

急性期病院で記入部分

患者情報・病名

説明時の状態・見通しを  
レ点と日付等で対応

説明した要点をチェック

維持期施設で記入部分

### 維持期間

担当医療機関:  
担当医:

訪問診療  なし  あり  
慢性期治療 ( )  
合併症の有無  なし  あり ( )  
制御  悪 ( )  良 ( )  
身障者手帳  申請 ( 級 )

ケアマネージャー:  
事業所名:  
 医療保険対象リハビリテーション \*

除外診断名:  
 基礎疾患名:

在宅  外来リハビリテーション  
 訪問リハビリテーション(要・指示書)  
 介護保険対象リハビリテーション \*

在宅  デイケア(要・医師の指示)  
 訪問リハビリテーション(要・指示書)  
 訪問看護(要・指示書)

施設  施設リハ \*\*

入所施設名:  
連絡先:

\* 医療保険と介護保険の併用は不可です  
\*\* 施設リハは介護老人保健施設限定です

介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護(要・指示書)
	<input type="checkbox"/> デイサービス
	<input type="checkbox"/> デイケア
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護
医療保険サービス	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導
	<input type="checkbox"/> ショートステイ
	<input type="checkbox"/> 訪問看護(要・指示書)
	<input type="checkbox"/> 訪問マッサージ(要・指示書)
	<input type="checkbox"/> 食事サービス
神奈川県サービス	<input type="checkbox"/> 住環境整備
	<input type="checkbox"/> 外出支援
	<input type="checkbox"/> 訪問理美容
	<input type="checkbox"/> 在宅重度要介護者家庭看護金
	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	

(注)介護度によって利用できるサービス内容と自己負担額が異なります。  
詳しくは、ケアマネージャー、区役所サービス課、包括支援センターにお問い合わせ下さい。

### 緊急連絡先

担当医療機関:  
担当医:  
連絡先:

介護保険での入所サービス	地域密着型サービス	施設サービス
施設に短期間入所する居宅サービス	地域密着型サービス	施設サービス
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (福祉施設でのショートステイ)	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 (介護保険の指定を受けた介護付有料老人ホーム等に入居し、食事・入浴・排泄などに関する介護が受けられます。)	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (老健施設・病院等でのショートステイ)	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	
	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	
	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	

入院時・中間時・終了時等で  
予定・進捗・見通しを適宜説明

回復期リハ病院で記入する分

説明の都度記入・訂正する



サイン欄	
入院後7日以内	
説明日	年 月 日
説明者氏名	
ご本人署名	
同意者署名 (続柄)	( )
退院直前	
説明日	年 月 日
説明者氏名	
ご本人署名	
同意者署名 (続柄)	( )

急性期病院で

急性期病状・方向性を説明して署名を交わす

回復期リハ病院・維持期施設で

転院直後			
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
病状・状態の説明、リハ経過説明で署名を交わす			
( )	( )	( )	( )

# 最後に

- オーバービューパスは患者に持たせておいて説明時に加筆します。
- 施設間パスは担当の1枚に記入します。
- 元先の双方向に渡す場合もあります。
- コピーして必要な相手施設に渡します。
- 自病医院・施設にもコピーを保管します。
- 急性期からの綴じ込みになるとよい。

# 脳卒中地域連携パスに対する 健保対価

# 急性期⇒回復期・維持期の連携診療対価

## 急性期病院で！

- 計画管理病院(急性期病院)が連携する保険医療機関(回復期リハ病院)又は介護サービス事業者等(老健施設)へ転院時又は退院時に情報提供

地域連携診療計画管理料

900点

診療所への退院連携は？

## 回復期リハ病院で！

- 連携保険医療機関(回復期病院)が計画管理病院に情報提供(報告)

地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ) 600点

# 回復期⇒維持期の連携診療対価

回復期リハ病院で！

- 連携保険医療機関（回復期病院）が退院後の治療を担う保険医療機関（診療所または200床未満の病院）・介護サービス事業所へ情報提供

地域連携診療計画退院計画加算 100点

維持期へ紹介

- 連携保険医療機関が他の連携保険医療機関で地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）を算定して退院した患者に通院診療を行い計画管理病院に情報提供

地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ） 300点

急性期への報告

# 回復期（急性期？）⇔維持期の連携 診療対価

## 維持期医療機関で！

- 診療所または200床未満の病院が地域連携診療計画に基づき、連携保険医療機関で地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）を算定して退院した患者に通院あるいは在宅診療を提供した初回月の翌月までに計画管理病院に対して情報提供

地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ） 300点

急性期への報告

# 診療報酬を得るための手続き

関東厚生局（神奈川県社会保険事務所）  
への申請の実際

- 手続きの中心は急性期計画管理病院にある
- 一つの計画管理病院につき“複数の”
  - 連携保険医療機関（回復期リハ病院）  
と介護老人保健施設
  - 退院後の通院治療を行う  
医療機関（診療所）と介護サービス事業所  
をリストアップして一括申請する

## 急性期病院(900点)

地域連携診療計画管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画管理病院に係る事項

届出先は地方厚生局長

(1) 地域連携診療計画担当医師について

担当医師名	脳卒中	大腿骨頸部骨折

(2) 一般病棟の平均在院日数等について

病床数	床	平均在院日数	日
届出入院基本料の区分		(※17日以内であること。) (算出期間: 年 月 日～ 年 月 日)	

2. 連携保険医療機関に係る事項

(1) 計画管理病院から転院後の入院医療を担う保険医療機関又は介護老人保健施設

大腿骨頸部骨折 連携先 ( ) 件	脳卒中 連携先 ( ) 件	届出入院基本料の区分	連携施設の名称	連絡先	届出入院基本料の区分

リハ病院  
老健施設等

(2) (1)の医療機関を退院した後の外来医療を担う保険医療機関又は介護サービス事業所

大腿骨頸部骨折 連携先 ( ) 件	脳卒中 連携先 ( ) 件	連携施設の名称	連絡先

診療所  
居宅介護支援事業所等

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

大腿骨頸部骨折			脳卒中		
会合の名称	出席医療機関	開催頻度	会合の名称	出席医療機関	開催頻度

[記載上の注意]

- 1 計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式12の4を参考にすること。
- 3 地域連携診療計画書は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。
- 4 脳卒中について届け出る場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。

## 回復期リハ病院等(600点)

地域連携診療計画退院時指導料(I)の施設基準に係る届出書添付書類

1. 受入病棟に係る事項

届け出入院料の区分	病床数

2. 連携する医療機関に係る事項

(1) 計画管理病院

保険医療機関の名称	連絡先	対象疾患	担当医師名

## 回復期リハ病院等(600点)

(2) 退院後の外来医療を担う保険医療機関又は介護サービス事業所

大腿骨頸部骨折 連携先 ( ) 件	脳卒中 連携先 ( ) 件	連絡先	連携施設の名称	連絡先

診療所  
居宅介護支援事業所等

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

参加の有無	1 参加あり 2 参加なし
-------	------------------

3. 脳卒中についての届け出

1 届け出あり 2 届け出なし
--------------------

[記載上の注意]

- 1 計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。
- 3 脳卒中について届け出る場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。



## 200床未満の病院・診療所(300点)

地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)の施設基準に係る届出書添付書類

### 1. 計画管理病院に係る事項

急性期病院名

保険医療機関の名称	連絡先	対象疾患	担当医師名
		脳卒中	

### 2. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

参加の有無	1 参加あり 2 参加なし
-------	------------------

#### [記載上の注意]

- 1 計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

脳卒中について届け出る場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。**の記載が無い**

# 回復期（急性期） ⇒ 維持期の連携 診療対価

- 在宅療養を担うかかりつけ医との連携

診療所と共同で退院後の在宅療養指導

退院時共同指導料1 在宅療養支援診療所 1000点

指定診療所以外 600点

退院時共同指導料2 入院保険医療機関 300点

保険医同士 +300点

病院・診療所・歯科・薬局・介護の3者以上の共同+2000点

- 介護サービスの導入を見越した居宅介護支援事業者との連携

入院中に医療機関の医師又は医療従事者と居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と共同して退院後の介護サービスを指導  
(入院中2回まで)

介護支援連携指導料 300点

回復期（急性期）⇒維持期の連携 介護対価

## 介護報酬（居宅介護支援事業者）

- 医療連携加算 150単位  
病院または診療所に入院する時の情報提供
- 退院・退所加算（Ⅰ）30日以下 400単位  
（Ⅱ）30日超え 600単位  
退院時に病院職員と面談して情報収集

# 質問・要望・コメント等は

〒243-0121 神奈川県厚木市七沢1304

神奈川県総合リハビリテーションセンター

七沢リハビリテーション病院脳血管センター

Tel: 046-249-2806 Fax: 046-249-2903

Email: [nanaiji@kanagawa-rehab.or.jp](mailto:nanaiji@kanagawa-rehab.or.jp)

山下俊紀(病院長): Tel、Fax 同上

Email: [nanaincho@kanagawa-rehab.or.jp](mailto:nanaincho@kanagawa-rehab.or.jp)