

医院/病院

科 担当者殿

患者基本情報 (MSWからの情報) <input type="checkbox"/> MSW連絡書あり			
患者ID		入院日	退院日
フリガナ		診断	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 (<input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> アテローム <input type="checkbox"/> 心原性塞栓)
氏名	男・女		<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	病巣部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 ()
		発症日	年 月 日 (歳)

診療情報 (Drからの情報) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書あり	主治医から家族への面談内容
危険因子 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他 () 急性期治療 <input type="checkbox"/> コイリング <input type="checkbox"/> クリップング <input type="checkbox"/> シャント <input type="checkbox"/> 血腫 <input type="checkbox"/> その他 () 手術 手術日 年 月 日 合併症 1 2 3 診科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> その他 () 障害 意識JCS GCS <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 記名力障害 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 高次脳機能等 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 拒薬抑うつ <input type="checkbox"/> 失語(運動性・感覚性) <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> その他 視力 <input type="checkbox"/> 半盲(右 左) <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 眼鏡の使用(有 無) 聴力 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器の使用(右 左) <input type="checkbox"/> 構音障害(軽 中等 重) <input type="checkbox"/> 嚥下障害(軽 中等 重) 運動障害 <input type="checkbox"/> 片麻痺(右 左)(軽 中等 重) <input type="checkbox"/> 失調(右 左)(軽 中等 重)	・回復の見込みに関して ・症状の固定に関して ・家族からのリハビリへの期待度に関して ・その他
在宅復帰の可能性 ・本人の希望目標 ・家族の希望目標	

転院・退院時状況 (看護情報) <input type="checkbox"/> 看護サマリあり	
身体状況	身長 cm 体重 kg
最近3ヶ月内増減	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg)
寝たきり度	J A B C - 1 2
認知障害度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
移動	座位耐性 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 非実施
	車椅子移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施
	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施
口腔	<input type="checkbox"/> 義歯(上・下) <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 汚れ(口腔内・義歯) <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 口内炎
	方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経鼻 (Fr) <input type="checkbox"/> 胃瘻 (Fr ; <input type="checkbox"/> ハルン, <input type="checkbox"/> パソパ) 次回交換日 (/)
食事	食事形態 主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥食 (3・5・全) 副食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ペースト状 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> トク剤
	制限食 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日 kcal、塩分 g)
	動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施 経管栄養 <input type="checkbox"/> 栄養剤 () 投与量 白湯補正 ()

転院・退院時状況(リハ情報) <input type="checkbox"/> リハビリ実施記録書あり	
<input type="checkbox"/> FIM	m-FIM() c-FIM() t-FIM()
<input type="checkbox"/> Barthel Index	/100
<input type="checkbox"/> Brunnstrom stage	上肢() 手指() 下肢()

日常生活機能評価表 合計点(/19点)			
	0点	1点	2点
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"/> 捕まり可	<input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支え必要	<input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない
移動方法	<input type="checkbox"/> 介助不要	<input type="checkbox"/> 介助移動	
口腔清潔	<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
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可能	<input type="checkbox"/> できない
指示理解	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	

記載日	年 月 日
維持期病院:	病院 科
[Dr]	[Ns] [MSW]
[RH Dr]	[PT] [OT] [ST]

私は上記の地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。
 説明、同意日: 年 月 日 本人か家族の署名: