

医院/病院

科 担当者殿

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

診療情報 (Drからの情報) □診療情報提供書あり		退・転院基準	
入院時状況	意識レベル	GCS : NIHSS ( / 42 )	□病状が安定し、重篤な合併症がない。 □現状を理解している。 □リハビリによる能力向上が期待できる。
	精神機能	□失語 (□運動性 □感覚性) □失見当 □記憶力障害 □半側空間無視 □抑うつ □その他 ( )	
	視力	□半盲 (□右 □左) □視力低下 (□右 □左)	
急性期治療	身体機能	□構音障害 □嚥下障害 □片麻痺 (□右 □左) □失調 (□右 □左) □感覚障害 (□右 □左)	<b>転帰</b> □自宅 □回復期 リハビリ病院 □介護施設 □療養型病院
	薬物療法	□tPA □アルガトロバン □オザグレレル □ヘパリン □エダラボン □グリセオール □アスピリン □クロピドグレレル □シロスタゾール □ワーファリン	
	手術	術式 : 年 月 日	
主治医からの説明			<b>内服処方</b>
本人の希望			
家族の希望			

転院・退院時状況 (看護情報) □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	□無 □有 ( kg)
意識レベル	GCS : □監視・抑制 □問題行動 ( )
認知症	□無 □有 (HDS-R )
移動	座位耐性 □十分 □低下 □非実施
	車椅子移乗 □自立 □監視 □要介助 □非実施
	歩行 □自立 □監視 □要介助 □非実施
食事	方法 □経口 □経管 □経鼻 ( Fr) □胃瘻 (造設日 / , Fr)
	食事形態 □常食 □粥食 □きざみ □とろみ □ゼリー □その他 ( )
	経管栄養 □栄養剤 ( ) 投与量 白湯補正 ( )
	動作 □自立 □監視 □要介助 □非実施
	制限食 □無 □有 ( 1日 kcal、塩分 g)
排泄	排泄動作 □自立 □見守り □介助
	排泄方法 □トイレ □尿器 □オムツ □ストマ □膀胱ろう □尿道カテーテル (サイズ Fr) (最終交換日 / )
清潔	□入浴 (□自立 □見守り □介助) □シャワー浴 □機械浴 □清拭
更衣	□自立 □見守り □介助
睡眠	□良眠 □不眠 (眠剤 : ) □昼夜逆転
その他	□褥瘡 部位 処置内容
	□気切 ( Fr ) □酸素 ( L/min)
	□吸引 ( )回/日

転院・退院時状況(リハ情報) □リハビリ実施記録書あり			
□FIM	m-FIM( ) c-FIM( ) t-FIM( )		
□Barthel Index	/100		
□Brunnstrom stage	上肢( ) 手指( ) 下肢( )		
<b>日常生活機能評価表 合計点( /19点)</b>			
	0点	1点	2点
安静指示	□なし	□あり	
手の挙上	□できる	□できない	
寝返り	□できる	□捕まり可	□できない
起き上がり	□できる	□できない	
座位保持	□できる	□支え必要	□できない
移乗	□できる	□一部介助	□できない
移動方法	□介助不要	□介助移動	
口腔清潔	□できる	□できない	
食事摂取	□介助なし	□一部介助	□全介助
衣服の着脱	□介助なし	□一部介助	□全介助
意思伝達	□できる	□時々可能	□できない
指示理解	□はい	□いいえ	
危険行動	□ない	□ある	

記載日	年 月 日
急性期病院:	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: