

脳卒中患者リハビリテーション紹介用紙

記載日 年 月 日

紹介先：兵庫県立リハビリテーション西播磨病院				宛	
紹介元：		診療科：	病棟：	医師氏名：	
ふりがな：	居住地域：	生年月日：明・大・昭・平 年 月 日(才)			
患者氏名：		性別：男・女	発症日：平成 年 月 日		
病名： <input type="checkbox"/> 脳梗塞(□左・□右、) <input type="checkbox"/> 脳出血(□左・□右、) <input type="checkbox"/> 小脳梗塞() <input type="checkbox"/> 小脳出血() <input type="checkbox"/> その他()					
合併疾患： <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患(□心房細動 □その他())					
その他： 感染症： <input type="checkbox"/> MRSA(□-・□+→検査結果添付) <input type="checkbox"/> 肝炎(□B・□C) <input type="checkbox"/> その他()					
既往歴：					
問題点： <input type="checkbox"/> 片麻痺(□右・□左・□両) <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失調症 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 嚥下障害(□経管・□胃瘻) <input type="checkbox"/> 持続的輸液(□末梢・□中心) <input type="checkbox"/> 膀胱直腸障害(導尿カテ：□有・□無) <input type="checkbox"/> 精神機能障害(管理に支障：□有・□無) <input type="checkbox"/> modified Rankin Scale(I・II・III・IV・V) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害() <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他()					
経過概略：					
処方：					
意識状態： <input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> JCS()		気管切開： <input type="checkbox"/> 有・□無			
機能評価： (番号記入) ↓					
JSS運動系評価				右	左
手	1. 正常 4. 指は動くが物はつかめない	2. 親指と小指で輪を作る 5. 全く動かない	3. そばに置いたコップが持てる 5. 全く動かない	()	()
腕	1. 正常 4. 腕はある程度動くが挙上できない	2. 肘を伸ばして挙上可 5. 全く動かない	3. 肘を屈曲すれば挙上可 5. 全く動かない	()	()
下肢	1. 正常 4. 下肢は動くが膝立て不可	2. 膝を伸ばして挙上可 5. 全く動かない	3. 自力で膝立てが可能 5. 全く動かない	()	()
ADL 評価 (Barthel Index)					
食事	<input type="checkbox"/> 自立 (10)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (5)		<input type="checkbox"/> 全介助 (0)	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 (15)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (10)	<input type="checkbox"/> ほぼ全介助 (5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (0)	
整容	<input type="checkbox"/> 自立 (5)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (0)		<input type="checkbox"/> 全介助 (0)	
トイレ	<input type="checkbox"/> 自立 (10)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (5)		<input type="checkbox"/> 全介助 (0)	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 (5)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (0)		<input type="checkbox"/> 全介助 (0)	
歩行(45m)	<input type="checkbox"/> 自立 (15)	<input type="checkbox"/> 介助で可能 (10)	<input type="checkbox"/> 車椅子自操可 (5)	<input type="checkbox"/> 不能 (0)	
階段	<input type="checkbox"/> 自立 (10)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (5)		<input type="checkbox"/> 不能 (0)	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 (10)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (5)		<input type="checkbox"/> 全介助 (0)	
排便	<input type="checkbox"/> 自立・失禁なし (10)		<input type="checkbox"/> 部分介助・時に失禁 (5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (0)	
排尿	<input type="checkbox"/> 自立・失禁なし (10)		<input type="checkbox"/> 部分介助・時に失禁 (5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (0)	
合計点 () 点					
看護必要度評価		A項目 () 点	B項目 () 点		
現段階で伝えている予後予測： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()					
今後の方向性： <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型病院 <input type="checkbox"/> その他()					
家族の援助： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ふりがな：					
key person		(続柄		連絡先)	