

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 <input type="checkbox"/> 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・ <input type="checkbox"/> 無					
機能評価： (番号記入) ↓					
J S S 運動系評価				右	左
手	1. 正常 2. 親指と小指で輪を作る 3. そばに置いたコップが持てる 4. 指は動くが物はつかめない 5. 全く動かない			()	()
腕	1. 正常 2. 肘を伸ばして挙上可 3. 肘を屈曲すれば挙上可 4. 腕はある程度動くが挙上できない 5. 全く動かない			()	()
下肢	1. 正常 2. 膝を伸ばして挙上可 3. 自力で膝立てが可能 4. 下肢は動くが膝立て不可 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	