

脳卒中退院時情報提供書 1/2枚目

在宅主治医様

県立リハ西播磨病院 ⇒ ケアマネジャー様

ふりがな 患者氏名:		年齢: 歳	性別: 男性	病院主治医:		在宅主治医:	
		生年月日:		病院連絡担当者(所属):		MSW	
発症日:		回復期入院日:		退院日:		急性期病院名:	
診断名: 脳卒中		臨床病型: <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"/> 脳梗塞(その他) <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> クモ膜下出血 <input type="checkbox"/> その他()					
障害名: <input type="checkbox"/> 片麻痺()		<input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 失語		<input type="checkbox"/> 嚥下障害(経管: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害		<input type="checkbox"/> その他()	
合併症: <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病(インスリン使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		<input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 肺炎の既往 <input type="checkbox"/> 認知症		<input type="checkbox"/> その他()			
再発リスクのコントロール状況:		血圧	PT-INR	HbA1c	LDL-コレステロール	Alb	その他1
血圧は平均的な値を記載		目標値	140/90未満	1.6~2.6	6.5未満	140未満	3.5以上
退院時		0	0	0	0	0	
入院中の運動・入浴の中止基準:血圧:[<input type="checkbox"/> 180/110以上 <input type="checkbox"/> それ以外()] 脈拍:[<input type="checkbox"/> 130以上 <input type="checkbox"/> それ以外()] <input type="checkbox"/> 他の中止基準()							
運動・入浴する上での注意点:関節痛など()							
退院時の予後説明: 移動: <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 片麻痺の上肢: <input type="checkbox"/> 動かない <input type="checkbox"/> 動くが使えない <input type="checkbox"/> 使えるようになる							
その他(嚥下、失語、) 本人の受容: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良							
<input type="checkbox"/> 処方内容は別紙or裏面に記載(できれば、退院時服薬指導書)							
備考(在宅サービスへの伝達事項など)							
サイン:主治医							
病棟看護記載欄	自立	監視	一部介助	全介助	しているADLを記載してください。		
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	マットレス: <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> 特殊マットレス 寝返り方向: <input type="checkbox"/> 健側のみ <input type="checkbox"/> 左右とも可能		
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ベッド操作: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
座位保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	支持: <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 健側 <input type="checkbox"/> 後方		
立ち上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
立位保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	車いすブレーキ、フットプレートの忘れ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用		
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 歯科受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (担当歯科)		
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> セティング要 <input type="checkbox"/> 空間無視あり器を移動 <input type="checkbox"/> 集中力なく促し要 <input type="checkbox"/> 自助具使用 <input type="checkbox"/> 特殊食器使用 姿勢: <input type="checkbox"/> キックアップ(度) <input type="checkbox"/> 座位		
食事内容	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 嚥下治療食(下記) <input type="checkbox"/> 治療食(Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> 経管栄養(備考参照)						
	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー粥 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付) 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
上着の着脱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ズボンの着脱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> 清拭		
排泄	トイレ動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル(最終交換日:) 下着の上げ下ろし: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 後始末: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 尿意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 尿失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 時々あり) 頻尿: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(昼間 時間毎 夜間 時間毎)		
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 便意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 時々あり) <input type="checkbox"/> 緩下剤使用() 最終排便日:		
意思伝達	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 出来る時と出来ない時がある <input type="checkbox"/> できない		
療養上の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他)		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤の管理: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 薬剤の開封: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 インスリンの自己管理: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
生活の日内変動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(要因: <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心理的要因 <input type="checkbox"/> その他)		
家族への介護指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有の場合、理解の状況は: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点:)		
感染症:HBV(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)HCV(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)MRSA(<input type="checkbox"/> 保菌者 <input type="checkbox"/> 発症者 部位 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部)		薬剤・食事アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()					
既往歴							
入院中の経過							
サイン:病棟看護長 受け持ち看護師							
備考(在宅サービスへの伝達事項、退院前カンファレンスからの変化点など)							

脳卒中退院時情報提供書 2/2枚目

患者氏名 様月

PT記載欄		最大能力を記載してください。 介助のポイントがある場合は、備考欄に記載してください。										
関節の痛み		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:部位() 程度: <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度										
関節可動域制限		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:部位およびその可動域()										
屋内移動方法		<input type="checkbox"/> 歩行(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 介助)[補装具: <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 靴 <input type="checkbox"/> その他] 車椅子(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 介助)										
		歩行介助のポイント: <input type="checkbox"/> 安全面の確保 <input type="checkbox"/> 手順の声かけ <input type="checkbox"/> その他() 車椅子介助のポイント: <input type="checkbox"/> 進行方向の指示 <input type="checkbox"/> その他()										
屋外歩行		<input type="checkbox"/> 歩行(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 介助)[補装具: <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 靴 <input type="checkbox"/> その他] 車椅子(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 介助)										
その他		装具をはずしての歩行能力など										
活動範囲(目標)		<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 居室内 <input type="checkbox"/> 家屋内 <input type="checkbox"/> 家屋周辺 <input type="checkbox"/> サービス利用に伴う外出 <input type="checkbox"/> 単独での近隣へ散歩 <input type="checkbox"/> 近郊への買い物 <input type="checkbox"/> 親族・友人宅への訪問 <input type="checkbox"/> 旅行										
OT記載欄		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 監視	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	ADLは、できるADLを記載してください。 介助のポイントがある場合は、備考欄に記載してください。						
食事動作		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 自助具の使用 <input type="checkbox"/> その他:()						
更衣動作		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 動作手順の声かけ <input type="checkbox"/> 服の工夫 <input type="checkbox"/> その他:()						
装具・靴の着脱		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 動作手順の声かけ <input type="checkbox"/> その他:()						
入浴動作		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> 清拭						
トイレ動作		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排泄場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ 下着の上げ下ろし: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 後始末: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
整容動作		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 動作手順の声かけ <input type="checkbox"/> 道具の工夫 <input type="checkbox"/> その他:()						
役割		<input type="checkbox"/> 設定されていない <input type="checkbox"/> 設定されている(<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> その他())										
利き手		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左手 失調・不随意運動: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有										
記憶の問題		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(備考欄参照)										
無視		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(備考欄参照)										
本人の希望する生活:												
ST記載欄												
失語症		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 言語の理解: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 対応のポイント()										
構音障害		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 対応のポイント()										
嚥下障害		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ムセの無い眠眠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(注意を要する食べ物:)対応のポイント()										
口腔機能		義歯: <input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合 口腔ケア: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良										
リハの必要性		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 通院リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ) 内容:										
備考(在宅サービスへの伝達事項、退院前カンファレンスからの変化点など)												
MSW記載欄		身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有(級) <input type="checkbox"/> 無										
家族の介護意欲		<input type="checkbox"/> 在宅ケアを強く望む <input type="checkbox"/> 親族の協力が得られる(続柄) <input type="checkbox"/> 困難になれば施設を望む <input type="checkbox"/> 施設を望む <input type="checkbox"/> 不明										
		キーパーソン:										
備考(在宅サービスへの伝達事項、退院前カンファレンスからの変化点など)												
サイン	主治医:					病棟看護長:					受け持ち看護師:	
MSW:			PT:			OT:			ST:			
この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。 情報提供日: 平成24年08月15日												
ケアマネジャーの方へ ⇒ この情報は、在宅主治医にも提供しています。 この情報を介護サービス提供事業所にも提供してください。												