

脳 維持期(自宅・施設)用連携シート (脳卒中地域連携パス 北九州標準モデルver.2.2)

ケアマネジャー	基本情報	氏名				性別	男・女	年齢			施設名		
		イニシャル	生年月		一名前の記入をご希望されない場合は、イニシャル及び生年月のみご記入下さい				急性期病院名				
		担当医	自宅退院		退院日	年 月 日		回復期病院名					
・かかりつけ施設担当医	疾病障害	治療中の疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	生活・介護上の問題点	生活機能の状況や問題行動など、特に気にかかる点について、記入してください。											
		記入日	年 月 日			記入者							
ケアマネジャー・施設担当者	介護保険	<input type="checkbox"/> 有 (介護度) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 (月 日)					身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級)					
	介護保険サービス等の利用状況	担当ケアマネジャー											
		事業所名					連絡先						
		リハビリ	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	回数等			<input type="checkbox"/> 外来リハビリ	回数等					
		<input type="checkbox"/> 医療	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	回数等									
		<input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> その他										
		住宅改修	箇所等										
		訪問介護	回数等				訪問入浴	回数等					
	訪問看護	回数等				通所介護	回数等						
	その他												
	施設等	介護保険	入所日	年 月 日			施設名	担当者					
			連絡先										
		生活機能評価	食事	<input type="checkbox"/> 自立(10点) <input type="checkbox"/> 部分介助(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点) <input type="checkbox"/> 経口(常食・粥食・キザミ/とろみ) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他									点
	移乗		<input type="checkbox"/> 自立(15点) <input type="checkbox"/> 介助監視(10点) <input type="checkbox"/> 移乗介助(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点)									点	
	整容		<input type="checkbox"/> 自立(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点)									点	
トイレ	<input type="checkbox"/> 自立(10点) <input type="checkbox"/> 部分介助(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点)									点			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点) <input type="checkbox"/> 通常入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 機械入浴 <input type="checkbox"/> 清拭									点			
歩行	<input type="checkbox"/> 自立(15点) <input type="checkbox"/> 介助監視(10点) <input type="checkbox"/> 車いす(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()									点			
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立(10点) <input type="checkbox"/> 部分介助(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点)									点			
着替え	<input type="checkbox"/> 自立(10点) <input type="checkbox"/> 部分介助(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点)									点			
排便	<input type="checkbox"/> 失禁なし(10点) <input type="checkbox"/> 時に失禁(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ(常時) <input type="checkbox"/> おむつ(夜間)									点			
排尿	<input type="checkbox"/> 失禁なし(10点) <input type="checkbox"/> 時に失禁(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ(常時) <input type="checkbox"/> おむつ(夜間) <input type="checkbox"/> カテ留置									点			
FIM										Barthel Index			
運動 点 認知 点 合計 点										点			
リハ専門職	リハビリテーション	PT											
		OT											
		ST											
		その他問題点等											

※ FIMの記載は任意事項です。

※ コピーを2部として急性期病院と回復期病院に渡してください。原本は記入医療機関で保存してください。また、医師会へ郵送或いはFAXでお送り下さい。