

MSW	基本情報	氏名	様		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
		イニシャル	生年月	←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。										
		入院日	年	月	日	退院日	年	月	日	病名	発症日	年	月	日
		担当医	看護師		MSW		PT		OT		ST			
		転院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型病院 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 急性期病院(理由) ←脳卒中再発や合併症にて急性期病院へ転院される際もご記入ください。											
		居宅	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 共同住宅(エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 介護保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型病院											
		同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *日中在宅者: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *介護を見込める者: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有											
		就業状態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *職種: <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 肉体労働 <input type="checkbox"/> その他()											
		介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有(介護度)											
		身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有(等級)											
特記事項														
医師	※急性期パスを参考に記載をお願い致します。	発症原因	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性 (<input type="checkbox"/> 血栓性 <input type="checkbox"/> 塞栓性 <input type="checkbox"/> 血行力学性) <input type="checkbox"/> 心原性 (<input type="checkbox"/> 心房細動を主とする不整脈 <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> 奇異性塞栓症 <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> BAD <input type="checkbox"/> 血管解離 <input type="checkbox"/> 無症候性 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明											
		治療	<input type="checkbox"/> 保存療法 <input type="checkbox"/> t-PA <input type="checkbox"/> 脳動脈剥離術 <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 外科的治療 <input type="checkbox"/> 頸動脈ステント術 <input type="checkbox"/> バイパス術 <input type="checkbox"/> 開頭血腫除去 <input type="checkbox"/> 穿頭術 <input type="checkbox"/> 脳室ドレナージ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 外減圧術 <input type="checkbox"/> その他()											
		今後の医学的管理	降圧治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (目標: <input type="checkbox"/> 130/80mmHg <input type="checkbox"/> 135/85mmHg <input type="checkbox"/> 140/90mmHg <input type="checkbox"/> その他()) 内服治療 <input type="checkbox"/> 抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> シロスタゾール <input type="checkbox"/> チクロピジン <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> 抗凝固療法 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> ワーファリン(<input type="checkbox"/> INR2.0~3.0 <input type="checkbox"/> INR1.6~2.6 <input type="checkbox"/> その他 INR ~) <input type="checkbox"/> NOAC/DOAC) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> () *抗血小板薬2剤併用時や抗凝固療法中の脳出血時などは内服治療の方針を明記して下さい。											
		画像検査	頭部画像検査 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり (<input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> その他()) その他の画像検査 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり (<input type="checkbox"/> 検査名()) 期間・頻度に関して記載 ()											
		合併症管理	水頭症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療中 (<input type="checkbox"/> シャント造設術後 <input type="checkbox"/> 経過観察) 脳卒中後てんかん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療中 (<input type="checkbox"/> 抗てんかん薬内服(血中モニターの必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 経過観察) 痙攣 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療中 (<input type="checkbox"/> A型ボツリヌス毒素 <input type="checkbox"/> 抗痙攣薬 <input type="checkbox"/> リハビリテーション) 深部静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 入院中に治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 (<input type="checkbox"/> 抗凝固療法 <input type="checkbox"/> 経過観察) 脳卒中後うつ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 入院中に治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 (<input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 経過観察) 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 入院中に治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 褥創 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 入院中に治癒 <input type="checkbox"/> 治療中											
		栄養士・看護師・リハビリ	項目 入院時 退院時 セルフケア A食事(箸・スプーン) 点 点 B整容 点 点 C清拭 点 点 D更衣(上半身) 点 点 E更衣(下半身) 点 点 Fトイレ 点 点 排泄 G排尿コントロール 点 点 H排便コントロール 点 点 移乗 Iベッド、椅子、車椅子 点 点 Jトイレ 点 点 K浴槽、シャワー 点 点 移動 L歩行、車椅子 点 点 M階段 点 点 処置 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> その他()											
		PT	Br.stage 右下肢 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> 麻痺なし 左下肢 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> 麻痺なし 装具 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 検討中() 移動能力 <input type="checkbox"/> 不能もしくは二人介助必要 <input type="checkbox"/> 体重を支える介助必要 <input type="checkbox"/> 軽く触れる介助必要 <input type="checkbox"/> 監視が必要 <input type="checkbox"/> 平地自立 <input type="checkbox"/> 完全自立 特記事項(訓練内容など)											
		OT	Br.stage 右上肢 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> 麻痺なし 左上肢 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> 麻痺なし 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> その他 認知面 MMSE 点 or HDS-R 点 その他 特記事項(訓練内容など)											
		ST	言語機能 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 特記事項(訓練内容など)											

※ コピーをとって連携先に渡してください。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。

※ 任意項目「MNA」「BI」

栄養状態 MNAスクリーニング		
過去3カ月で食欲不振、消化器・嚥下の問題で食事が減少したか？	0: 著しい食事量の減少 1: 中等度の食事量の減少 2: 食事量の減少なし	スクリーニング値 (最大14ポイント)
過去3カ月で体重減少	0: 3kg以上の減少 1: わからない 2: 1～3kgの減少 3: 体重減少なし	
自力で歩けるか	0: 寝たきりまたは車いす常時使用 1: ベッドや車いすを離れられるが、外出はできない 2: 自由に外出できる	
過去3カ月間のストレス、急性疾患を経験したか	0: はい 2: いいえ	
神経・精神的問題の有無	0: 強度認知症またはうつ状態 1: 中等度の認知症 2: 精神的問題なし	
BMI	0: 19点未満 1: 19以上21未満 2: 21以上23未満 3: 23以上	12-14ポイント 栄養状態良子 8-11ポイント 低栄養のおそれあり 0-7ポイント 低栄養

Barthel Index			
食事	10 : 自立	5 : 部分的	0 : 全介助
移乗	15 : 自立	10 : 介助監視	5 : ほぼ全介助 0 : 全介助
整容	5 : 自立	0 : 全介助	
トイレ	10 : 自立	5 : 部分的	0 : 全介助
入浴	5 : 自立	0 : 全介助	
歩行	15 : 自立	10 : 介助監視	5 : 車いす 0 : 全介助
階段昇降	10 : 自立	5 : 部分的	0 : 全介助
着替え	10 : 自立	5 : 部分的	0 : 全介助

FIM		
自立	7: 完全自立 6: 修正自立	(時間がかかるが、補助具が必要、安全性の配慮が必要)
部分介助	5: 監視、準備	(監視、指示、促し、準備)
介助あり	4: 最小介助 3: 中等度介助	(75%以上自分で行う) (50%以上75%未満を自分で行う)
完全介助	2: 最大介助 1: 全介助	(25%以上50%未満を自分で行う) (25%未満しか自分で行わない)

CPSチェックシート	A	B	C
チェック項目	月1～2回ほど	週1～2回ほど	週3回以上
①1点をずーっと見つめ、ぼーっとしているときがある。			
②こちらの問いかけに答えが返ってこなかったり、ま と外れな答えが返ってきたりすることがある。			
③口をもごもごしたり、手をもごもごしたりして意識がはっきりしないときがある。			
④動作が止まっていることがある。			
⑤“何をしていたか覚えていない”という時がある。(い つの間にか移動していた等)			
合計点			

- (1)B・C合わせて2点以上 ⇒すぐに薬物治療強化を行います。
- (2)Cが1点(その他の項目はAに限る)
⇒具体的なエピソードを聞き、下記リスクの有無をご確認ください。
●生活に支障をきたしているかどうか
●危険を伴う事が起こりそうかどうか(仕事関係・一人で過ごす時間も多い等)
⇒1つでも当てはまればリスクあり: すぐに薬物治療の強化を行います。
当てはまらなければリスクなし : 様子を見る。次回の外来時も続けてチェックがつくようであれば、治療強化を考えます。
- (3)上記以外の場合 ⇒様子を見る。次回の外来時も続けてチェックがつくようであれば、治療強化を考えます。