

MSW	氏名	性別	男	女	年齢	歳	かかりつけ医	無	有	
	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。				入院中の脳卒中再発	無	有	
	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="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 回復期病院 <input type="radio"/> 地域包括ケア病棟 <input type="radio"/> 介護保健施設 <input type="radio"/> 療養型病院 <input type="radio"/> その他 ( )								
	居室	<input type="radio"/> 持ち家 <input type="radio"/> 借家 <input type="radio"/> 共同住宅 (エレベーター <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ) <input type="radio"/> 介護保健施設 <input type="radio"/> その他 ( )								
	同居	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ※日中在宅者 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ※介護を見込める者 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有								
	就業状態	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ※職種 <input type="radio"/> サービス業 <input type="radio"/> デスクワーク <input type="radio"/> 肉体労働 <input type="radio"/> その他 ( )								
	介護保険	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 申請中 <input type="radio"/> 有 ( )				特記事項				
	身障手帳	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 申請中 <input type="radio"/> 有 ( )								

医師	スケール	JCS退院時	mRS発症時	mRS退院時	NIHSS退院時	点
	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
	治療	<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		<input type="checkbox"/> 高血圧性 <input type="checkbox"/> 脳動脈奇形 <input type="checkbox"/> 抗血栓療法 <input type="checkbox"/> アミロイドアンギオパシー <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> 脳動脈奇形 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明

医師	保存療法	<input type="checkbox"/> t-PA	<input type="checkbox"/> 保存療法	<input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 保存的治療	
	<input type="checkbox"/> 血管内治療	<input type="checkbox"/> 頸動脈剥離術	<input type="checkbox"/> 外科的治療	<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"/> クリッピング <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> 外減圧術 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	降圧治療	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (目標 <input type="radio"/> 130/80mmHg <input type="radio"/> 135/85mmHg <input type="radio"/> 140/90mmHg ) <input type="radio"/> その他 ( )			
	内服治療	<input type="radio"/> 抗血小板療法 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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"/> プラスグレル <input type="checkbox"/> その他 ( ) )			
	その他	<input type="radio"/> 抗凝固療法 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ( <input type="radio"/> ワーファリン ( <input type="radio"/> INR2.0~3.0 <input type="radio"/> INR1.6~2.6 <input type="radio"/> その他 INR ~ ) <input type="radio"/> DOAC )			
	今後の医学的管理	<input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> ダビガトラン <input type="checkbox"/> エドキサパン <input type="checkbox"/> リバーロキサパン <input type="checkbox"/> アピキサパン <input type="checkbox"/> 他DOAC ( )			
	画像検査	<input type="checkbox"/> 頭画像検査 <input type="radio"/> 必要なし <input type="radio"/> 必要あり ( <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> その他 ( ) )			
	合併症管理	<input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 治療中 ( <input type="radio"/> シャント造設術後 <input type="radio"/> 保存療法 )			

栄養士・看護師・リハビリ	MNA	点	BI	点	Barthel Index	食事	<input type="radio"/> 自立(10点) <input type="radio"/> 部分介助(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点)	
	FIM	(運動) 点(認知) 点(合計) 点				移乗	<input type="radio"/> 自立(15点) <input type="radio"/> 介助監視(10点) <input type="radio"/> 移動介助(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点)	
	問題点	<input type="radio"/> 服薬管理 <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助				整容	<input type="radio"/> 自立(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点)	
	処置	<input type="radio"/> 口腔清潔 <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助				トイレ	<input type="radio"/> 自立(10点) <input type="radio"/> 部分介助(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点)	
		<input type="radio"/> 義歯 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 適合 <input type="radio"/> 不適合				入浴	<input type="radio"/> 自立(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点)	
		<input type="radio"/> 問題行動 ( )				歩行	<input type="radio"/> 自立(15点) <input type="radio"/> 介助監視(10点) <input type="radio"/> 車いす(5点)	
		<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 ( )				階段昇降	<input type="radio"/> 自立(10点) <input type="radio"/> 部分介助(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点)	
						着替え	<input type="radio"/> 自立(10点) <input type="radio"/> 部分介助(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点)	
						排便	<input type="radio"/> 失禁なし(10点) <input type="radio"/> 時に失禁(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点)	
						排尿	<input type="radio"/> 失禁なし(10点) <input type="radio"/> 時に失禁(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点)	

リハ専門職	PT	Br.stage	右下肢 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V <input type="radio"/> VI	<input type="radio"/> 麻痺なし <input type="radio"/> 失調なし
		左下肢 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V	<input type="radio"/> 麻痺なし	<input type="radio"/> 失調なし <input type="radio"/> 四肢失調 <input type="radio"/> 体幹失調
		装具	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 検討中 ( )	
		移動能力	<input type="radio"/> 不能もしくは二人介助必要 <input type="radio"/> 体重を支える介助必要 <input type="radio"/> 軽く触れる介助必要 <input type="radio"/> 監視が必要	
		特記事項(訓練内容など)		
OT	Br.stage	右上肢 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V <input type="radio"/> VI	<input type="radio"/> 麻痺なし	
		左上肢 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V <input type="radio"/> VI	<input type="radio"/> 麻痺なし	
	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <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 ( )		
ST	認知面	MMSE 点 or HDS-R 点	その他	
	言語機能	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 構音障害 <input type="radio"/> 失語	<input type="radio"/> 嚥下障害 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	

※ 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」「FIM」