

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 )											

医師 ※急性期パスを参考に記載をお願い致します。	今後の医学的管理	スケール	JSC退院時 ( )	mRS退院時 ( )	
		発症原因	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> TIA <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"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 高血圧性 <input type="checkbox"/> 脳動静脈奇形 <input type="checkbox"/> 抗血栓療法 <input type="checkbox"/> アミロイドアンギオパチー <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> 脳動静脈奇形 <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"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 頸動脈剥離術 <input type="checkbox"/> 頸動脈ステント術 <input type="checkbox"/> バイパス術 <input type="checkbox"/> 外減圧術 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 保存療法 <input type="checkbox"/> 外科的治療 <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"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 外科的治療 <input type="checkbox"/> クリッピング <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> その他( )
		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 ) その他 <input type="checkbox"/> ( )		
		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( ) ) <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	<input type="checkbox"/> 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 ) <input type="checkbox"/> 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 ) <input type="checkbox"/> 痙縮 <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"/> 抗痙縮薬 <input type="checkbox"/> リハビリテーション ) <input type="checkbox"/> 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 ) <input type="checkbox"/> 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 ) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 入院中に治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 入院中に治癒 <input type="checkbox"/> 治療中		
		※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。			
		※薬物治療強化の必要性に関してはCPSチェックシートをご参照下さい。			

栄養士・看護師・リハビリ	FIM	運動	セルフケア	項目	入院時	退院時	認知	コミュニケーション	項目	入院時	退院時	
				A食事(箸・スプーン)	点	点			N理解(聴覚、視覚)	点	点	
				B整容	点	点			O表出(音声、非音声)	点	点	
				C清拭	点	点			P社会的交流	点	点	
				D更衣(上半身)	点	点			Q問題解決	点	点	
				E更衣(下半身)	点	点			R記憶	点	点	
				Fトイレ	点	点			合計点	点	点	
				排泄	G排尿コントロール	点			点	MNA	BI	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			
移動	Jトイレ	点	点	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	K浴槽、シャワー	点	点	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	L歩行、車椅子	点	点	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合							
M階段	点	点	問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
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( )											

リハ専門職	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	失調症状	<input type="checkbox"/> 失調なし <input type="checkbox"/> 四肢失調 <input type="checkbox"/> 体幹失調	
		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			
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
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				

※ 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、医師会へ郵送またはFAXでお送り下さい。  
 ※ 任意項目:「MNA」「BI」

回復期・維持期病院用 参考資料

Japan Coma Scale	mRS
I. 覚醒している(1桁の点数で表現) 0 意識清明 1 見当識は保たれているが意識清明ではない 2 見当識障害がある 3 自分の名前・生年月日が言えない	Grade 0 全く症状なし Grade I 何らかの症状はあるが障害はない:通常の仕事や活動は全て行える Grade II 軽微な障害:これまでの活動は全てはできないが、身の回りのことは援助なしでできる Grade III 中等度の障害:何らかの援助を要するが、援助なしで歩行できる Grade IV 中等度から重度の障害:援助なしでは歩行できず、身の回りのこともできない Grade V 重度の障害:ねたきり、失禁、全面的な介護 Grade VI 死亡
II. 刺激に応じて一時的に覚醒する(2桁の点数で表現) 10 普通の呼びかけで開眼する 20 大声で呼びかけたり、強く揺するなど開眼する 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する	
III. 刺激しても覚醒しない(3桁の点数で表現) 100 痛みに対して払いのけるなどの動作をする 200 痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする 300 痛み刺激に対し全く反応しない	

この他、R(不穏)・I(糞便失禁)・A(自発性喪失)などの付加情報をつけて、JCS 200-などと表す。

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	:(時間がかかるが、補助具が必要、安全性の配慮が必要)
	6: 修正自立	
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	:(75%以上自分で行う)
	3: 中等度介助	:(50%以上75%未満を自分で行う)
完全介助	2: 最大介助	:(25%以上50%未満を自分で行う)
	1: 全介助	:(25%未満しか自分で行わない)

CPSチェックシート			
チェック項目	A 月1~2回ほど	B 週1~2回ほど	C 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長い等)  
⇒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。