

MSW	氏名	様	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢	歳	かかりつけ医	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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"/> 介護保健施設 <input type="radio"/> 療養型病院 <input type="radio"/> その他 () <input type="radio"/> 急性期病院(理由:) <small>一脳卒中再発や合併症にて急性期病院へ転送される際もご記入ください</small>						
	居宅	<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						

発症原因	スケール	(JCS退院時)	(mRS退院時)
	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 TIA <input type="checkbox"/> <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"/> 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"/> 脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> 脳動静脈奇形 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 保存的治療 <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"/> その他()
----	--	--	---

医師	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	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()) 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) 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"/> アビキサパン <input type="checkbox"/> 他DOAC())
	今後の医学的管理	画像検査 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()) その他の画像検査 <input type="radio"/> 必要なし <input type="radio"/> 必要あり (検査名()) 期間・頻度に関して記載()

合併症管理	水頭症	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 治療中(<input type="checkbox"/> シャント造設術後 <input type="checkbox"/> 保存療法)
	脳卒中後てんかん	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有) <input type="radio"/> 経過観察)
	痙縮	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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)
	深部静脈血栓症	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 入院中に治癒 <input type="radio"/> 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="radio"/> 無 <input type="radio"/> 入院中に治癒 <input type="radio"/> 治療中 (<input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 経過観察)
	誤嚥性肺炎	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 入院中に治癒 <input type="radio"/> 治療中

*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ください。

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

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 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"/> VI <input type="radio"/> 麻痺なし	失調症状	<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="radio"/> 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 <input type="radio"/> 平地自立 <input type="radio"/> 完全自立		
	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"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <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			
ST	言語機能	<input type="radio"/> 言語障害なし <input type="radio"/> 構音障害 <input type="radio"/> 失語 <input type="radio"/> 嚥下障害 <input type="radio"/> 嚥下障害なし <input type="radio"/> 嚥下障害			
	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」