

患者イニシャル	(男・女):生年月日 年 月 日(歳) (後日記入、患者氏名:)				
住所	□旧長岡市内 □栃尾 □柏崎 □小千谷 □見附 □他()				家族図
発症日	年 月 日 (初発・再発)	入院月日	年 月 日		
主病名	□脳梗塞(□アテローム □塞栓 □ラクナ □不明) □脳出血 □クモ膜下出血 □他				
症状					
麻痺	□右 □左 (Br. Stage)上肢 手指 下肢				
意識障害	□有() □無				
高次脳機能障害	□失語 □失行 □失認 □その他() □無				
治療歴	□tPA □エダラボン □アルガトロバン □オザグレリ □ヘパリン □抗血小板 □抗凝固 外科治療 □有(/ :内容:) □無				キーパーソン:
感染症	□HCV □HB □ワ氏 □HIV □他の感染症()				主介護者:
既往歴・危険因子	□高血圧 □不整脈 □心房細動 □糖尿病 □高脂血症 □喫煙 □肥満:BMI() □認知症 □その他:				今後の方向:
合併症	□肺炎 □尿路感染 □褥瘡 □その他:				□自宅 □施設名()

必要な医療処置など	・尿道留置カテーテル □無 □有(Fr) 交換日 / ・気管カニューレ □無 □有(Fr) 交換日 / ・経腸栄養 □無 □有(経鼻 Fr・胃ろう Fr) 交換日 / ・その他				処方薬等(特殊薬等の記載は必須)								
病状説明・内容	<table border="1"> <tr> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					/	/	/	/				
/	/	/	/										
連携内容	身体障害者手帳 □無 □有(種 級) 医療ソーシャルワーカー: 介護保険:□申請未 □申請中 □認定済 () (要支援:1 2) (要介護:1 2 3 4 5) かかりつけ医()												

日常生活機能評価	得点			入院時	情報提供時	転院時	急性期ゴール
患者の状況	0点	1点	2点	/	/	/	
床上安静の指示	なし	あり	—				機能 (移動能力) 独歩 □杖なし □杖あり □介助歩行(監視) □介助歩行(支持) □立位保持 □独立座位 □もたれ座位
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	—				
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない				
起き上がり	できる	できない	—				
座位保持	できる	支えがあればできる	できない				
移乗	できる	見守り・一部介助要	できない				
移動方法	介助を要しない	介助を要する	—				
口腔清潔	できる	できない	—				
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助				
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助				
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない				
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—				
危険行動	ない	ある	—				
合計得点							
*排泄状況	自立:0、一部介助:1、全介助:2 手段:(トイレ、PTイレ、尿器、オムツ、留置カテーテル)						
*行動・心理障害	なし:0、あり:1 危険行為:(昼夜逆転、介護抵抗、不眠、不穏、徘徊)						

回復期病院記入欄	病院	受理	判定日	依頼日	連絡日
判定結果	/	/	/	/	/
備考					