

様式2		中越地区脳卒中地域連携パス 回復期リハビリテーション病院 医療者用 ver. 3	
施設名: ( ) 病院) → ( ) → ( )			
氏名	性別 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	生年月日	年 月 日 年齢 才
	入院日( 年 月 日 )	退院日( 年 月 日 )	
達成目標 1. 心身機能・ADLの改善 2. 介護負担の軽減 3. 適切な退院形態の決定とその準備 4. 患者・家族の障害・リハビリテーションに対する理解		退院時の達成度 1. 回復期リハビリの目標に達した 2. 自宅退院あるいは維持期施設への転出準備が整っている 3. 逸脱(バリエーション)	
回復期リハビリコースの確定 <input type="checkbox"/> 軽症 FIM 110以上、BI 85以上、J1-A1 <input type="checkbox"/> 標準 FIM 80-109、BI 55-80、A2-B2 <input type="checkbox"/> 重症 FIM 18-79以下、BI 50以下、C1-C2		退院時移動能力 独歩 <input type="checkbox"/> 装具なし <input type="checkbox"/> 装具あり <input type="checkbox"/> 立位保持 <input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 杖あり <input type="checkbox"/> 独立座位 介助歩行 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 支持 <input type="checkbox"/> もたれ座位	
評価項目	入院時	退院時	
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
ADL評価	(BI・FIM):(BI /100) (FIM /126)	(BI・FIM):(BI /100) (FIM /126)	
日常生活機能評価		入院時 /	退院時 / 維持期 /
床上安静の指示	なし:0, あり:1		
どちらかの手を胸元まで	出来る:0, 出来ない:1		
寝返り	出来る:0, 何かにつかまれば出来る:1, 出来ない:2		
起き上がり	出来る:0, 出来ない:1		
座位保持	出来る:0, 支えがあれば出来る:1, 出来ない:2		
移乗	出来る:0, 見守り・一部介助:1, 出来ない:2		
移動方法	介助を要しない:0, 介助を要する:1		
口腔清潔	出来る:0, 出来ない:1		
食事摂取	介助なし:0, 一部介助:1, 全介助:2		
衣服の着脱	介助なし:0, 一部介助:1, 全介助:2		
他者への意思の伝達	出来る:0, 出来る時と出来ない時がある:1, 出来ない:2		
診療・療養上の指示が通じる	はい:0, いいえ:1		
危険行動	ない:0, ある:1		
合計得点		点	点 点
日常生活機能追加項目			退院形態
排泄状況	自立:0, 一部介助:1, 全介助:2		<input type="checkbox"/> 自宅
排泄手段	トイレ:1, PTトイレ:2, 尿器:3, オムツ:4, 留置カテーテル:5		<input type="checkbox"/> 療養型病院
入浴	自立:1, 見守り:2, 一部介助:3, 全介助:4		<input type="checkbox"/> 老人保健施設
内服管理	自立:1, 見守り:2, 一部介助:3, 全介助:4		<input type="checkbox"/> 特養
行動・心理障害	なし:0, あり:1		<input type="checkbox"/> 他
危険行為	昼夜逆転:1, 介護抵抗:2, 不眠:3, 不穏:4, 徘徊:5, その他:6		<input type="checkbox"/> 介護保険
高次脳機能障害	無:0, 失語:1, 失行:2, 失認:3, 記憶力障害:4 注意力障害:5, 遂行機能障害:6, その他:7		<input type="checkbox"/> 自立
運動麻痺 (Br stage: I ~ VI)	右上肢 / 右手指 / 右下肢 (無:0, 有:1)	/ /	<input type="checkbox"/> 要支援 I・II
	左上肢 / 左手指 / 左下肢 (無:0, 有:1)	/ /	<input type="checkbox"/> 要介護 I・II・III・IV・V
感覚障害	右上肢 / 右下肢 (無:0, 有:軽度:1 中等度:2 重度:3)	/	<input type="checkbox"/> 患者付帯情報
	左上肢 / 左下肢 (無:0, 有:軽度:1 中等度:2 重度:3)	/	住宅改修
失調障害	無:0, 右上肢:1, 右下肢:2, 左上肢:3, 左下肢:4, 体幹:5		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
嚥下機能	経管のみ:1 経管・経口併用:2 嚥下食:3 常食:4		福祉用具
動作練習開始(月/日):(寝返り / )(起き上がり / )(端座位 / )(立位 / )(歩行 / )			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
バリエーション	患者要因:1, 医療従事者要因:2, 施設要因:3, 社会的要因:4, その他:5		サービス利用
バリエーション内容			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有