

【患者様 診療情報提供書 兼 経過報告書】

脳卒中連携パス(急性期→維持期) 1/2

紹介先医療機関等:	紹介元医療機関 名称: 0
所在地:	0
科	御侍史
電話番号:	0
医師氏名:	
紹介目的	リハビリテーション

フリガナ	0	様	性別	生年月日	年齢	
氏名	0		0	1900年1月0日	生 0	
診断名			既往症			
感染症	HCV	HB	アレルギー	入院日	入院日	術式
	MRSA	ワ氏		手術日		
	緑膿菌					

生活リズム

医師	現病歴:

看護師

転院時状態 ()	転院日						
<input type="checkbox"/> NIHSS 0 /42	<input type="checkbox"/> Barthel Index 0 /100						
<input type="checkbox"/> mRS	<input type="checkbox"/> FIM /126						
JCS:							
寝たきり度:	ランク	痴呆老人自立度	ランク				
合併症:							
認知症:	MMSE 0 /30点	長谷川式 0					
問題行動:							
監視:		抑制:					
対処方法:							
栄養投与:	白湯量	cc	PEG Fr				
カロリー-kcal	製剤名	種類					
気管切開:	Fr	喀痰吸引回数					
褥瘡:	部位	酸素	L				
ADL動作:	BI	未実	全介	一部	見守	自立	コメント
トランスファー							
平地歩行							
階段昇降							
食事							
排尿コントロール							
排便コントロール							
トイレ動作							
整容							
入浴							
衣服着脱							
合計	0						
コミュニケーション:		ナースコール:					
嚥下障害:		NST・PEG関連:					
高次脳機能:							
言語障害:							
補助具製作:							
リハ期間:							

処方内容:

抗血小板薬	抗凝固薬	
<input type="checkbox"/> プレタールOD	<input type="checkbox"/> プラザキサ	<input type="checkbox"/> エリキュース
<input type="checkbox"/> バイアスピリン	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> イグザレルト
<input type="checkbox"/> プラビックス	<input type="checkbox"/> パナルジン	(PT-INR=)
抗癌薬 【血中濃度 μg/mL】		
<input type="checkbox"/> アレピアチン	<input type="checkbox"/> テグレートール	
<input type="checkbox"/> デパケン	<input type="checkbox"/> フェノバル	
<input type="checkbox"/> その他 ()		
経腸栄養		
<input type="checkbox"/> ラコールNF		
<input type="checkbox"/> ツインラインNF		
<input type="checkbox"/> その他 ()		
糖尿病	治療内容	

医師

家族への説明	
CPRについて	

リハ

医師記載欄 看護師記載欄 セラピスト記載欄 MSW記載欄 薬剤師記載欄

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

日常生活機能評価表		
患者の状況	得点	
床上安静の指示		
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる		
寝返り		
起き上がり		
座位保持		
移乗		
移動方法		
口腔清潔		
食事摂取		
衣服の着脱		
他者への意思の伝達		
診療・療養上の指示が通じる		
危険行動		
	合計得点	0

コメント	
市	
(転院までに病状変化があれば記載する)	
ズリ	

MSW		
介護保険	入院前	入院後
社会資源		
その他		
本人・家族の希望：		
家族構成/キーパーソン		
方向性と課題(介護力・住環境・経済状況等)		
記載者		