

東京都脳卒中地域連携診療計画書（回復期パス）

ふりがな 患者氏名	様(男性・女性)	回復期 ( )	病院 (科)
生年月日	年 月 日( 歳)	発症日	年 月 日
		入院日	年 月 日
診断名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血	手術日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> その他( )	退院日	年 月 日

麻痺評価	入院時						退院時								
	Brunnstrom Stage	上肢	I	II	III	IV	V	VI	上肢	I	II	III	IV	V	VI
		手指	I	II	III	IV	V	VI	手指	I	II	III	IV	V	VI
下肢		I	II	III	IV	V	VI	下肢	I	II	III	IV	V	VI	
STEF	右	点	・	左	点	右	点	・	左	点					
握力	右	kg	・	左	kg	右	kg	・	左	kg					
高次脳機能評価		入院時						退院時							
MMSE		点						点							
その他															

基本動作	入院時(年 月 日)計 点		退院時(年 月 日)計 点									
	寝返り	6	5	4	3	2	1	6	5	4	3	2
起き上がり	6	5	4	3	2	1	6	5	4	3	2	1
端座位	6	5	4	3	2	1	6	5	4	3	2	1
立ち上がり	6	5	4	3	2	1	6	5	4	3	2	1
立位	6	5	4	3	2	1	6	5	4	3	2	1
6点:完全自立						3点:部分介助						
5点:修正自立						2点:全介助						
(手や手すりを使用する場合)						1点:禁止						
4点:監視・口頭修正						(安安静度が解除されていない場合)						

Barthel Index	入院時(年 月 日)計 点		退院時(年 月 日)計 点		
	食事	自立。自動具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	10	10	5
	部分介助(おかずを細かく刻む等)	5	5	0	0
	全介助	0	0		
移乗	自立。ブレーキ・フットレストの操作を含む。歩行自立も含む。	15	15	10	10
	軽度の部分介助または監視を要する	10	10	5	5
	座ることは可能だがほぼ全介助	5	5	0	0
	全介助または不可能	0	0		
整容	自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)	5	5	5	5
	部分介助または不可能	0	0	0	0
トイレ動作	自立(衣服の操作、後始末を含む。P便器使用の洗浄を含む)	10	10	5	5
	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	5	5	0	0
	全介助または不可能	0	0		
入浴	自立	5	5	5	5
	部分介助または不可能	0	0	0	0
歩行	45m以上の歩行、補装具(車椅子・歩行器は除く)の使用の有無は問わす。	15	15	10	10
	45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	10	10	5	5
	歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能	5	5	0	0
	上記以外	0	0		
階段	自立。てすり等の使用の有無は問わない	10	10	5	5
	介助または監視を要する	5	5	0	0
	不能	0	0		
着替え	自立。靴、ファスナー、装具の着脱を含む	10	10	5	5
	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分でできる	5	5	0	0
	上記以外	0	0		
排便	失禁なし、浣腸・坐薬の取り扱いも可能	10	10	5	5
	ときに失禁あり、浣腸・坐薬の取り扱いに介助を要する	5	5	0	0
	上記以外	0	0		
排尿	失禁なし、集尿器の取り扱いも可能	10	10	5	5
	ときに失禁あり、集尿器の取り扱いに介助を要する	5	5	0	0
	上記以外	0	0		

日常生活機能評価表	入院時(年 月 日)計 点		退院時(年 月 日)計 点			
	床上安静の指示	0	1	0	1	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0	1	0	1		
寝返り	0	1	2	0	1	2
起き上がり	0	1	0	1		
座位保持	0	1	2	0	1	2
移乗	0	1	2	0	1	2
移動方法	0	1	0	1		
口腔清潔	0	1	0	1		
食事摂取	0	1	2	0	1	2
衣服の着脱	0	1	2	0	1	2
他者への意思伝達	0	1	2	0	1	2
診療療養上の指示が通じる	0	1	0	1		
危険行動	0	1	0	1		

NIHSS	退院時(年 月 日)計 点
-------	---------------

退院・転院基準

目標の日常生活動作能力の獲得ができた。  
 目標の日常生活動作能力まで到達していない。  
 身体・精神機能・日常生活動作能力の変化が乏しい。  
 在宅環境整備、在宅サービスの調整が終了した。

診療計画

自宅退院 → 外来： 病院 科 ( )  
 転院(回復期リハビリテーション病院・療養型病院・一般病院・他 )  
 施設(老人保健施設・老人ホーム・グループホーム・他 )

リハビリテーション継続( あり なし)

通院リハ(PT・OT・ST)  通所リハ  訪問リハ  
 市区町村の福祉センター  自主(家族介助)訓練  
 その他( )

福祉サービスの利用予定( あり なし)

通所介護( 回/週・月)  通所リハ( 回/週・月)  
 訪問看護( 回/週・月)  訪問介護( 回/週・月)  
 訪問リハ( 回/週・月)  
 福祉用具( 電動ベッド 車椅子 その他： )  
 配食サービス  入浴サービス  その他( )

備考

---

本人・家族への説明内容