

# ■東京都脳卒中地域連携診療計画書（東京都脳卒中在宅生活ノート）

## 基本情報

フリガナ氏名	
発症日	年 月 日
診断名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓症 <input type="checkbox"/> その他の脳梗塞 ( ) <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 ( )
言語障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 身長 cm 体重 kg 利き腕 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 麻痺なし <input type="checkbox"/> 麻痺 手 ( 右 左 ) <input type="checkbox"/> 麻痺 足 ( 右 左 )
初発・再発	<input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> 再発
その他	

## 専門医の診察所見

記入日	年 月 日
医療機関名	
電話番号	
医師署名	
ADL (mRS or BI)	<input type="checkbox"/> mRS ( ) <input type="checkbox"/> BI /100
リハビリ (医療保険・介護保険)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語 (非流暢型・流暢型・混合型・全失語・その他)
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度・重度・疑い) <input type="checkbox"/> 不明
日常生活機能評価表 ( )点	※裏面の日常生活機能評価表を元に患者の状況を評価する

## CT所見・MRI所見

病巣部位	
申し送り事項	退院後の情報提供 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
退院時処方	
患者・家族への説明内容 (予後について)	

専門医	
医療機関名	
医師名	
リハビリ	
医療機関名	
医師名	
かかりつけ医	
医療機関名	
医師名	
訪問看護事業所	
事業所名	
看護師名	
居宅介護支援事業所	
事業所名	
ケアマネージャー名	
かかりつけ薬局	
薬局名	

受診日	年 月 日 (退院日 年 月 日)
医療機関名	
電話番号	
医師署名	
日常生活機能評価表 ( )点	※裏面の日常生活機能評価表を元に患者の状況を評価する
<input type="checkbox"/> 帰宅日 <input type="checkbox"/> 入所日	年 月 日
備考	

## ●生活機能評価

記入日	年 月 日	
医療機関名・事業所名		
電話番号		
記入者署名		
生活の場	<input type="checkbox"/> 自宅 ( <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合: )	
居住環境	住宅改修 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定 ( ) <input type="checkbox"/> ベッド利用	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 予定	
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 申請予定	
障害高齢者生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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	
認知症高齢者生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M HDS-R ( )点	
介護(予防介護)保険	訪問系	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理
	通所系	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 短期集中リハ <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> 口腔機能
	その他	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護・生活介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導
日常生活状況	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )
	屋内移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助)
	屋外移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助)
	摂食・栄養	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( ) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( )
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )
清潔	排尿排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ※夜間 ( ) <input type="checkbox"/> 排便調整必要 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 浴槽 ( )
褥瘡・皮膚の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
生活・介護上の問題点、特別な状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
リハビリテーション目標		

※退院後、最初は1カ月目に受診してください。それ以降は原則3カ月毎、2年目以降は6カ月毎の定期的な評価を行いましょう。