

おきなわ脳卒中地域連携パス活用の手引き

沖縄県医師会「おきなわ脳卒中地域連携委員会」

改訂履歴

Ver.	日付	主な改訂内容
10-1	2010.04.01	新規制定
11-1	2011.06.08	中部医療圏の参加に伴い、「南部保健医療圏脳卒中地域連携」から「おきなわ脳卒中地域連携」へ変更
11-2	2012.01.26	文言の修正
12-1	2012.05.30	文言の修正・追加 パスシートの説明書き追加
13-1	2014.01.29	パスシート改訂に伴う修正
14-1	2014.05.26	パスシート改訂に伴う修正
25-1	2025.3.13	パスシート改訂に伴う修正

[Ver.の取り扱い]

例) 10-1 の場合 : 10 は 2010 年度、1 は年度内の改訂回数。

・ 運用開始年度ではなく、パスシート改定年度を適用する。

目 次

1. 目 的	P 1
2. 対象者	P 1
3. 構 成	P 1
4. おきなわ脳卒中地域連携パスシートの説明	P 2
5. おきなわ脳卒中地域連携パスの開始とエンドポイント	P 3
6. おきなわ脳卒中地域連携パスシート記入マニュアル	
(1) おきなわ脳卒中地域連携診療計画書	P 4
(2) 急性期退院時報告書／→回復期・維持期	P 5
(3) 回復期退院時報告書／→急性期・維持期	P 1 0
(4) 維持期治療開始時報告書／→急性期・回復期	P 1 5
＜別添資料＞	
①参加医療機関一覧	P 1 7
②おきなわ脳卒中地域連携診療計画書 Ver.25-1	P 2 3
③急性期退院時報告書／→回復期・維持期 Ver.25-1	P 2 4
④回復期退院時報告書／→急性期・維持期 Ver.25-1	P 2 5
⑤維持期治療開始時報告書／→急性期・回復期 Ver.25-1	P 2 6

1. 目的

おきなわ脳卒中地域連携パスは、急性期治療、急性期リハビリテーションのみでは社会復帰が困難な患者様の地域社会への復帰を目的として、近隣の回復期リハビリ病棟を持つ病院、地域のかかりつけ医等と提携し運用していくものです。

これらの施設間で、治療、リハビリテーション、再発予防等が継ぎ目なくご提供できるよう、患者様の状態を的確に評価してその情報を共有する目的でパスシートの作成と共有を行います。

これにより、急性期病院から回復期病院や地域のかかりつけ医、或いは療養型病床への治療、リハビリテーション、再発予防の円滑な移行をはかれます。

2. 対象者

沖縄県内の保健・医療・福祉関係機関との連携が必要とされる脳卒中の患者様。

3. 構成

(1) 参加医療機関 (P18 の別添資料①を参照)

(2) 4枚のパスシート

①おきなわ脳卒中地域連携診療計画書 (P23 の別添資料②を参照)

②「急性期退院時報告書／→回復期・維持期療養型」(P24 の別添資料③を参照)

③「回復期退院時報告書／→急性期・維持期療養型」(P25 の別添資料④を参照)

④「維持期治療開始時報告書／→急性期・回復期」(P26 の別添資料⑤を参照)

(3) 全参加医療機関による年2回の総会、関係者等による幹事会、各職種による部会

医療機関或いは職種間の情報交換・交流の場として9月、2月の末日を目安に年2回の総会を開催し、それぞれパスシートの改訂、県外講師等を招聘した研修会、パスシートの分析・解析結果報告等を実施することとしている。

また、おきなわ脳卒中地域連携パス事業を円滑に実施するため、急性期病院および回復期病院、維持期施設の関係者や各職種(医師・看護師・リハスタッフ・MSW事務)の部会長で構成される幹事会を設置し、総会の円滑な進め方や今後のあり方等について検討を行う。

さらに、各職種(医師・看護師・リハスタッフ・MSW事務等)における部会を設置し、それぞれが抱える課題の解決や当該事業の運用の円滑化に向けた検討を行う。

(4) 沖縄県医師会の役割

沖縄県から「医療連携体制推進事業」の委託を受け、当該事業を主体的に統括している。

4. おきなわ脳卒中地域連携パスシートの説明

(1) おきなわ脳卒中地域連携診療計画書

急性期病院では脳卒中で入院される全症例に対して、患者様本人やご家族様に「おきなわ脳卒中地域連携診療計画書」を手渡し、今後の診療計画を説明した上で同意をいただくものとなっております。

これは「おきなわ脳卒中地域連携パスシート」を使用して急性期～回復期～維持期の各医療機関で情報共有されることで、治療のステージが次の医療機関や施設に移行しても、地域全体の医療連携による医療提供体制が切れ目なく行われていくことを説明するものです。この診療計画書は、原本を患者様が保管し、コピーを各医療機関（急性期病院）にて保管していただきます。当計画書は患者様もしくは代理の方の署名が必須になります。

(2) おきなわ脳卒中地域連携パスシート「急性期退院時報告書／→回復期・維持期」

当パスシートは、「急性期退院時報告書」と称します。急性期病院から回復期病院（回復期相当の機能を持つ医療機関を含む）に転院する際に使用します。

また、軽症等により再発予防のため、以後かかりつけ医を受診する際には、急性期病院退院時に維持期施設（かかりつけ医等）に対し退院時の情報を提供します。

なお、急性期病院退院時には、この「急性期退院時報告書」の他に、医師は「診療情報提供書」、看護師は「看護サマリー」、リハスタッフは「リハビリサマリー」、MSWは「MSW情報提供書」を添付して、回復期病院もしくは維持期施設（かかりつけ医や介護サービス事業所等）へ提供します。なお、この急性期退院時報告書は、原本は発行医療機関（急性期病院）が保管し、医療連携運用（ファックス、送付）はコピーを使ってください。

(3) おきなわ脳卒中地域連携パスシート「回復期退院時報告書／→急性期・維持期」

「回復期退院時報告書」と称します。回復期退院時には、この「回復期退院時報告書」をもって急性期病院に対する報告書とします。また、維持期施設（かかりつけ医や介護サービス事業所等）に対する報告書も兼ねることとしております。なお、この回復期退院時報告書は、原本は発行医療機関（回復期病院）が保管し、医療連携運用（ファックス、送付）はコピーを使ってください。

(4) おきなわ脳卒中地域連携パスシート「維持期治療開始時報告書／→急性期・回復期」

「維持期治療開始時報告書」と称します。この「維持期治療開始時報告書」をもって急性期病院に対する報告書とします。外来処方箋の写しも添付して報告して下さい。また、診療報酬算定に必須要件ではありませんが、各時期の連携を図る上で、当報告書の写しをもって回復期病院に対する報告書とします。なお、この維持期治療開始時報告書は、原本は発行医療機関（維持期病院）が保管し、医療連携運用（ファックス、送付）はコピーを使ってください。

5. おきなわ脳卒中地域連携パスの開始とエンドポイント

(1) おきなわ脳卒中地域連携パスの開始

急性期病院にて「おきなわ脳卒中地域連携診療計画書」に同意をいただくと同時に脳卒中地域連携パスは開始されます。

また、改訂された新たな **version** のパスは、4月1日発症の患者より開始して下さい。

(2) おきなわ脳卒中地域連携パスのエンドポイント

以下の場合にパスは適用外、終了するものとします。

[パス適用外]

1. 死亡した場合
2. 連携がない場合（自宅や連携外医療機関に通院した場合）
3. 回復期病院から新たな病態で急性期病院に再入院となった場合
4. その他

[パス終了]

1. 回復期病院にて治療終了後、同病院又は別病院に外来の場合
2. 回復期病院にて治療終了後、連携外維持期施設に行く場合
3. 回復期病院にて治療終了後、通院がない場合
4. 維持期の医療機関から「維持期治療開始時報告書」が発行された時

6. おきなわ脳卒中地域連携パスシート記入マニュアル

(1) おきなわ脳卒中地域連携診療計画書

急性期病院では、救急搬送、受診され入院となった患者さん**全例**に対してこの診療計画書を発行することになります。右下のサインの欄に、患者さんまたは代理人の方のサインを必ず戴いてください。また左上の診断名では、入院時の診断名（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）を必ず選んで下さい。

カラーで作成してありますが、白黒でプリントアウトして使ってもかまいません。

Ver 25-1

おきなわ脳卒中地域連携診療計画書

氏名 _____ 発症年月日 _____ 年 月 日 急性期入院月日 _____ 年 月 日 病院名 _____

〔診断名〕
 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血

〔退院時重症度〕
 自宅退院可能
 回復期リハビリテーション必要

脳卒中治療は早期に適正な急性期治療を行い、それに急性期リハビリテーションと回復期リハビリテーションを積み上げて行くことで患者様の家庭復帰、社会復帰を目指します。

地域連携パスについて。
 地域連携パスは、急性期治療、急性期リハビリテーションのみでは社会復帰が困難な患者様の地域社会への復帰を目的として、近隣の回復期リハビリ病床・地域包括ケア病床を持つ病院、地域診療所と連携し運用していくものです。
 これらの病院間で、治療・リハビリテーションが継ぎ目なく提供できるよう、患者様の状態を的確に評価してその情報を共有する目的でパスシートの作成と共有を行います。これにより、急性期病院から回復期病院や地域のかかりつけ医、或いは療養型病床への治療・リハビリテーションの円滑な移行をはかれます。

急性期治療・リハビリテーション・在宅療養などのあらまし

ケアマネジャー決定
ケアプラン策定
在宅生活準備

各種申請
 おきなわ脳卒中地域連携診療計画書の説明に同意します。

介護保険申請 (退院見込み時) 身体障害者手帳申請 (症状固定時) 障害年金申請 (1年半経過した該当者)

署名 _____ (本人・代理人) _____ 年 月 日 主治医署名 _____

(2) おきなわ脳卒中地域連携パスシート


「急性期退院時報告書」→回復期・維持期」

目標：リハビリにより生活に必要な機能を獲得する

病院名：急性期病院（計画管理病院）名を記載


(Dr 記載)

患者基本情報欄：患者の基本情報を記入して下さい。また、ID は自院のカルテ番号等をご記入下さい。

患者氏名	患者の氏名を記入				ID	自院のカルテ番号等を記				
おきなわ津梁ネットワーク登録					<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	Dr 			
生年月日	年	月	日	年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性			

おきなわ津梁ネットワーク登録の有無、生年月日・年齢・性別を記入


疾患欄：詳細な診療経過は「情報診療提供書」に記載してください。その際に脳室腹腔シャントシステム（製品、最終シャント圧）の記載を忘れずをお願いします。
回復期 DPC 病院のために「情報診療提供書」に急性期入院時の意識レベルを JCS で記載いただければ助かります。

主な疾患										
<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> ラクナ梗塞	<input type="checkbox"/> アテローム血栓症	<input type="checkbox"/> 脳塞栓症							
	(部位:)		<input type="checkbox"/> その他 ()							
<input type="checkbox"/> 脳出血	<input type="checkbox"/> 高血圧性脳内出血 (部位:)									
	<input type="checkbox"/> その他 ()									
<input type="checkbox"/> くも膜下出血	<input type="checkbox"/> 破裂脳動脈瘤	<input type="checkbox"/> 脳動静脈奇形								
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 水頭症併発								
急性期治療	<input type="checkbox"/> 抗血小板療法	<input type="checkbox"/> 抗凝固療法	Dr 							
	<input type="checkbox"/> 経口抗血小板療法	<input type="checkbox"/> 経口抗凝固療法								
	<input type="checkbox"/> エダラボン	<input type="checkbox"/> t-PA療法								
血管内治療	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし								
手術、その他	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし								

既往歴欄：「現在の処方薬」は「情報診療提供書」に記載してください。

リスク因子欄：リスク因子の有無に☑し、該当するリスク因子に☑を、未治療でしたら併

せて☑をご記入下さい。

既往歴			 Dr
リスク因子	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 高血圧 (<input type="checkbox"/> 未治療)	<input type="checkbox"/> 脂質異常症 (<input type="checkbox"/> 未治療)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (<input type="checkbox"/> 未治療)	
<input type="checkbox"/> 脳卒中の既往	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患の既往		
<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> CKD (慢性腎病変)		
<input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 肥満	<input type="checkbox"/> その他 ()	

エンドポイント及びパスの状態：急性期病院退院時におけるエンドポイント及びパスの状態について、それぞれ詳細を☑して下さい。

エンドポイント		 Dr
帰来先		
<input type="checkbox"/> 死亡		
<input type="checkbox"/> 自宅		
<input type="checkbox"/> 在宅系施設		
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		
<input type="checkbox"/> 回復期病院		
<input type="checkbox"/> 療養病床		
<input type="checkbox"/> その他 ()		
パスの状態		
<input type="checkbox"/> パス適用外		
<input type="checkbox"/> 死亡		
<input type="checkbox"/> 退院 (通院・通所・訪問リハ)		
<input type="checkbox"/> パス継続		
<input type="checkbox"/> 回復期病院		
<input type="checkbox"/> 維持期		

認知度欄（日常生活自立度）：介護保険主治医意見書の日常生活自立度判定基準を用いる。

認知度 (日常生活自立度)	<input type="checkbox"/> 正常						
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa		<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IIIc	<input type="checkbox"/> IV

(Nrs 記載)

食事・栄養欄：状況をご記入ください。

食事・栄養	
嚥下障害：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
食事ポジション：	<input type="checkbox"/> 重いす <input type="checkbox"/> ベッド上 () 度
<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 制限食 (Kcal <input type="checkbox"/> 塩分 g)
<input type="checkbox"/> 水分摂取 (とろみ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
<input type="checkbox"/> 形態制限	主食 () 副食 ()
<input type="checkbox"/> 経管栄養 (品名：	ml× 回 水 ml× 回)
	(夜間水 ml× 回)


日常生活機能評価表 (ADL) 欄：合計点を忘れず記載してください。

合計点

日常生活機能評価表 (ADL) : 合計点 (0~19点)	() 点		
	0点	1点	2点
・床上安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
・どちらかの手を胸元ま 持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
・起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればでき	<input type="checkbox"/> できない
・移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助	<input type="checkbox"/> できない
・移乗方法	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 介助を要する (搬送含む)	
・口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・他者への意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる/できない時がある	<input type="checkbox"/> できない
・診療床養上の指示が通り	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> 通じない	
・危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	

問題行動欄：チェックボックス方式です。介護保険主治医意見書にある同項目を使用しています。どれにもあたらない問題行動は□その他にチェックしてフリーコメントでお願いします。

問題行動への対応方法をご記入ください。


問題行動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想		Nrs
<input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転		
<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行動		
<input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他 ()		
問題行動の対応方法(自由記載)		

(リハ記載)


ADL 評価欄：リハの記載する ADL 評価です。入院前 ADL にはフリーコメントでご記入下さい。入院後 ADL を FIM にて評価して下さい。

運動：セルフケア、排泄コントロール、移乗、移動の合計点数を記載。

認知：コミュニケーション、社会的認知の合計点数を記載。

ADL評価	リハ	
入院前ADL: ()	
入院後ADL:		
・ FIM	点(運動	点/認知 点)
評価日 (月	日)

身体機能欄：麻痺は Brunnstrom Stage で評価して下さい。

身体機能	リハ		
利き手	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明
麻痺：Brunnstrom Stage	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 右上肢 ()	<input type="checkbox"/> 左上肢 ()	
	<input type="checkbox"/> 右手指 ()	<input type="checkbox"/> 左手指 ()	
	<input type="checkbox"/> 右下肢 ()	<input type="checkbox"/> 左下肢 ()	
小脳失調	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 体幹
その他運動障害	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし	
構音障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
構下障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
感覚障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
	(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 失語症	<input type="checkbox"/> 半側空間無視		
<input type="checkbox"/> 記憶力障害	<input type="checkbox"/> 注意力障害		
<input type="checkbox"/> 見当識障害	<input type="checkbox"/> 失行	<input type="checkbox"/> その他 ()	
意識障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
認知症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明

(MSW 記載)

・発症日・起算日・入院日・退院日欄、在院日数

発症日・・・脳卒中を発症した日をご記入下さい。

起算日・・・自院での入院日もしくは手術日をご記入下さい。

入院日・・・自院へ入院した日を記入して下さい（脳卒中発症前より入院していれば、
発症前の入院日を記入）。

退院日・・・自院を退院した日を記入して下さい。

在院日数・・・自院に入院した日数

・身障手帳、介護保険、発症前の生活状況欄：該当する箇所に☑を記入して下さい。

・家族構成欄：患者の家族構成をご記入ください。

発症日	年	月	日	家族構成 (キーパーソン：)
起算日	年	月	日	
入院日	年	月	日	キーパーソン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
退院日	年	月	日	同居家族 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
在院日数			日	身寄り <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
身障手帳	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	
介護保険				
	<input type="checkbox"/> 確定	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
発症前の生活状況				
	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助	

MSW 

(3) おきなわ脳卒中地域連携パスシート

「回復期退院時報告書／→急性期・維持期」

目 標：リハビリにより生活に必要な機能を獲得する

病院名：回復期病院（2段階目の保険医療機関等）名を記載


(Dr 記載)

患者基本情報欄：患者の基本情報を記入して下さい。また、ID は自院のカルテ番号等をご記入下さい。

患者氏名	患者の氏名を記入			ID	自院のカルテ番号等を記			
おきなわ津梁ネットワーク登録				<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
生年月日	年	月	日	年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	

おきなわ津梁ネットワーク登録の有無、生年月日・年齢・性別を記入

入院時選択回復期リハコース欄：入院時所見、急性期退院時報告書を参考に回復期病院の担当医が決定して下さい。急性期退院時報告書のそれと異なってもかまいません。

入院時選択回復期リハコース								
<input type="checkbox"/>	A.軽症リハコース	<input type="checkbox"/>	B.中等症リハコース	<input type="checkbox"/>	C.重症リハコース			


リスク因子欄：リスク因子の有無に☑し、該当するリスク因子に☑をご記入下さい。

リスク因子	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> CKD(慢性腎病変)			
<input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 肥満	<input type="checkbox"/> その他 ()					

エンドポイント及びパスの状態：急性期病院退院時におけるエンドポイント及びパスの状態について、それぞれ詳細を☑して下さい。

エンドポイント		 Dr
帰来先		
<input type="checkbox"/> 死亡		
<input type="checkbox"/> 自宅		
<input type="checkbox"/> 在宅系施設		
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	}	
<input type="checkbox"/> 急性期病院		
<input type="checkbox"/> 療養病床		
<input type="checkbox"/> その他		
パスの状態		
<input type="checkbox"/> パス適用外		
<input type="checkbox"/> 死亡		
<input type="checkbox"/> 急性期病院転院		
<input type="checkbox"/> パス継続（維持期）		
<input type="checkbox"/> パス終了		

認知度欄（日常生活自立度）：介護保険主治医意見書の日常生活自立度判定基準を用いる。

認知度（日常生活自立度）	<input type="checkbox"/> 正常	Dr	
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/> M			

(Nrs 記載)

食事・栄養欄：状況をご記入ください。

食事・栄養	
嚥下障害：	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
食事ポジション：	<input type="checkbox"/> 正しい <input type="checkbox"/> ベッド上 () 度
<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 制限食 (KCal <input type="checkbox"/> 塩分 () g
<input type="checkbox"/> 水分摂取 (とろみ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
<input type="checkbox"/> 形態制限 主食 () 副食 ()
<input type="checkbox"/> 経管栄養 (品名：	ml × 回 水 ml × 回)
(夜間水	ml × 回)

日常生活機能評価表 (ADL) 欄：合計点を忘れず記載してください。

合計点

日常生活機能評価表 (ADL) : 合計点 (0~19点)	() 点
	0点 1点 2点
・床上安静指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
・どちらかの手を胸元ま	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
持ち上げられる	
・寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
・起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
・座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
・移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> できない
・移乗方法	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 介助を要する(搬送含む)
・口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
・食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
・衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
・他者への意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる/できない時がある <input type="checkbox"/> できない
・診療履歴上の指示が通じ	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 通じない
・危険行動	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある

問題行動欄：チェックボックス方式です。介護保険主治医

意見書にある同項目を使用しています。どれにもあたらない問題行動は□その他にチェックしてフリーコメントでお願いします。

問題行動への対応方法をご記入ください。

問題行動 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想
<input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行動
<input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他 ()
問題行動の対応方法(自由記載)

(リハ記載)

FIM 欄：回復期初期評価と最終評価の FIM を、合計点だけでなく個々の素点も含めて記載をお願いします。

		FIM					
リハ		初期評価	最終評価			初期評価	最終評価
セルフケア	食事			移乗	トイレ		
	整容				浴槽・シャワー		
	清拭			移動	手行・W/C		
	歩行(上半身)				階段		
	歩行(下半身)			コミュニケーション	理解		
トイレ動作			表出				
排泄コントロール	排尿管理			社会的認知	社会的交流		
	排便管理				問題解決		
移乗	ベッド・W/C				記憶		
				合計点			

身体機能欄：麻痺は Brunnstrom Stage で評価して下さい。

身体機能	リハ
利き手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 不明
麻痺：Brunnstrom Stage	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 右上肢 () <input type="checkbox"/> 左上肢 ()
	<input type="checkbox"/> 右手指 () <input type="checkbox"/> 左手指 ()
	<input type="checkbox"/> 右下肢 () <input type="checkbox"/> 左下肢 ()
小脳失調	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 体幹
その他運動障害	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
構下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
感覚障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 失語症	<input type="checkbox"/> 半側空間無視
<input type="checkbox"/> 記憶力障害	<input type="checkbox"/> 注意力障害
<input type="checkbox"/> 見当識障害	<input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> その他 ()
意識障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

(MSW 記載)

・発症日・起算日・入院日・退院日欄、在院日数、総治療期間

発症日・・・脳卒中を発症した日を記入して下さい（急性期退院時報告書より引用）。

起算日・・・自院でのリハビリテーションの起算日をご記入下さい。


入院日・・・自院へ入院した日を記入して下さい（脳卒中発症前より入院していれば、
発症前の入院日を記入）。

退院日・・・自院を退院した日を記入して下さい。

在院日数・・・自院に入院した日数

総治療期間・急性期病院在院日数+回復期病院在院日数

発症日	年	月	日	在院日数	日
起算日	年	月	日	総治療期間	日
入院日	年	月	日		
退院日	年	月	日		

MSW 

退院後サービス欄：総合事業、介護保険（介護度）、ケアマネージャー、障害福祉サービスの有無、その他の退院後サービスを記入して下さい。

退院後サービス		
身障手帳	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中)	
復職・就労支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
総合事業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
介護保険 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中)		
介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	MSW
	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
リハ継続	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> なし	

(4) おきなわ脳卒中地域連携パスシート

「維持期治療開始時報告書」→急性期・回復期

目 標：脳卒中の再発を予防する

施設名：下段に施設名と担当医師名を記載

(Dr 記載)

患者氏名欄：患者の基本情報を記入して下さい。

患者氏名							ID		
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	

発症日欄：脳卒中を発症した日を記入して下さい（回復期退院時報告書より引用）。

来院日欄：来院した日をご記入下さい。

主病名欄：主たる病名をして下さい。

その他傷病名欄：リスク因子以外の合併症をご記入下さい。

発症日	年	月	日	主病名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血
来院日	年	月	日	その他傷病名	

リスク因子コントロール欄：リスク因子の有無にし、該当するリスク因子についてして下さい。なお、コメントがあれば詳細にご記入下さい。

禁忌薬欄：禁忌薬の有無についてし、コメントがあれば詳細にご記入下さい。

服薬状況欄：服薬状況についてし、コメントがあれば詳細にご記入下さい。

処方欄：外来処方箋の写しを添付しして下さい。コメントがあれば詳細にご記入下さい。

リスク因子 コントロール <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧	詳 細	
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	詳 細	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	詳 細	
	<input type="checkbox"/> 不整脈	詳 細	
	<input type="checkbox"/> CKD	詳 細	
	<input type="checkbox"/> 喫煙	詳 細	
	<input type="checkbox"/> 肥満	詳 細	
	<input type="checkbox"/> その他	詳 細	
禁 忌 薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	詳 細	
服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助	詳 細	
処 方	<input type="checkbox"/> 添付あり <input type="checkbox"/> 添付なし	詳 細	

合計点

日常生活機能評価表 (ADL) 欄：合計点を忘れず記載してください。

日常生活機能評価表(ADL):合計点(0~19点)		[]点	
	0点	1点	2点
・床上安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
・どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
・起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない
・移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助	<input type="checkbox"/> できない
・移乗方法	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 介助を要する(搬送含む)	
・口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・他者への意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる/できない時がある	<input type="checkbox"/> できない
・診療療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> 通じない	
・危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	

連携施設名・担当医師欄：急性期、回復期それぞれの連携施設名に☑し、担当医師名をご記入下さい。

時期	連携施設名	担当医師
急性期	北部 <input type="checkbox"/> 県立北部病院	
	中部 <input type="checkbox"/> 県立中部病院 <input type="checkbox"/> 中頭病院 <input type="checkbox"/> 中部徳洲会病院 <input type="checkbox"/> ハートライフ病院	
	南部 <input type="checkbox"/> 琉球大学医学部附属病院 <input type="checkbox"/> 浦添総合病院 <input type="checkbox"/> 沖縄協同病院 <input type="checkbox"/> 沖縄赤十字病院 <input type="checkbox"/> 那覇市立病院 <input type="checkbox"/> 県立南部医療センター・こども医療センター <input type="checkbox"/> 豊見城中央病院	
	宮古 <input type="checkbox"/> 県立宮古病院	
回復期	北部 <input type="checkbox"/> 宮里病院 <input type="checkbox"/> 勝山病院	
	中部 <input type="checkbox"/> 北部病院 <input type="checkbox"/> 北中城若松病院 <input type="checkbox"/> 沖縄リハビリテーションセンター病院 <input type="checkbox"/> ちゅうざん病院 <input type="checkbox"/> 中部協同病院 <input type="checkbox"/> 宜野湾記念病院 <input type="checkbox"/> 与勝病院	
	南部 <input type="checkbox"/> 嶺井第一病院 <input type="checkbox"/> 同仁病院 <input type="checkbox"/> 大道中央病院 <input type="checkbox"/> 大浜第一病院 <input type="checkbox"/> オリーブ山病院 <input type="checkbox"/> 小禄病院 <input type="checkbox"/> 沖縄セントラル病院 <input type="checkbox"/> 大浜第二病院 <input type="checkbox"/> とよみ生協病院 <input type="checkbox"/> 沖縄メディカル病院 <input type="checkbox"/> 沖縄第一病院 <input type="checkbox"/> 与那原中央病院 <input type="checkbox"/> 南部病院	
	宮古 <input type="checkbox"/> 宮古島徳洲会病院 <input type="checkbox"/> 宮古島リハビリ温泉病院	

施設名・担当医師名：自院の施設名、担当医師名をご記入下さい。

施設名：		担当医師名：	
------	--	--------	--

別添資料①：参加医療機関一覧

【計画管理病院（急性期）】

NO	医療圏	医療機関名	〒	住所	TEL	FAX
1	北部	沖縄県立北部病院	905-8512	名護市大中 2-12-3	0980-52-2719	0980-54-2298
2	中部	社会医療法人かりゆし会 ハートライフ病院	901-2492	中城村字伊集 208	098-895-3255	098-895-2534
3	中部	沖縄県立中部病院	904-2293	うるま市字宮里 281	098-973-4111	098-974-5165
4	中部	社会医療法人敬愛会 中頭病院	904-2195	沖縄市字登川 610	098-939-1300	098-934-5192
5	中部	特定医療法人沖縄徳洲会 中部徳洲会病院	901-2393	北中城村字比嘉 801	098-937-1110	098-937-9595
6	南部	琉球大学病院	903-0215	西原町字上原 207	098-895-3331	098-895-1486
7	南部	社会医療法人仁愛会 浦添総合病院	901-2132	浦添市前田 1-56-1	098-878-0231	098-877-2518
8	南部	沖縄医療生活協同組合 沖縄協同病院	900-8558	那覇市古波蔵 4-10-55	098-853-1200	098-853-1217
9	南部	日本赤十字社 沖縄赤十字病院	902-0076	那覇市与儀 1-3-1	098-853-3134	098-853-7811
10	南部	地方独立行政法人 那覇市立病院	902-8511	那覇市古島 2-31-1	098-884-5111	098-885-8168
11	南部	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	901-1193	南風原町字新川 118-1	098-888-0123	098-888-6400
12	南部	社会医療法人友愛会友愛医療センター	901-0224	豊見城市字与根 50 番地 5	098-850-3811	098-850-3810
13	宮古	沖縄県立宮古病院	906-0013	宮古島市平良字下里 427-1	0980-72-3151	0980-72-4011

【連携保険医療機関（回復期）】

NO	医療圏	医療機関名	〒	住所	TEL	FAX
1	北部	医療法人琉心会勝山病院	905-0007	名護市字屋部 468-1	0980-53-7777	0980-52-7130
2	北部	医療法人タピック宮里病院	905-0006	名護市字茂佐 1763-2	0980-53-7771	0980-53-6976
3	中部	医療法人ほくと会 北部病院医療法人ユカリア 会 かな病院	904-1304	宜野座村字漢那 469	098-968-3661	098-968-3665
4	中部	特定医療法人アガペ会 北中城若松病院	901-2395	北中城村字大城 311	098-935-2277	098-935-2272
5	中部	医療法人沖縄寿光会与勝病院	904-2311	うるま市勝連南風原 3584	098-978-5235	098-978-5244
6	中部	医療法人タピック 沖縄リハビリテーションセンター病院	904-2173	沖縄市比屋根 2-15-1	098-982-1777	098-982-1788
7	中部	医療法人ちゅうざん会 ちゅうざん病院	904-2151	沖縄市松本 6-2-1	098-982-1346	098-982-1347
8	中部	沖縄医療生活協同組合 中部協同病院	904-2153	沖縄市美里 1-31-15	098-938-8828	098-939-5859
9	中部	医療法人緑水会 宜野湾記念病院	901-2211	宜野湾市宜野湾 3-3-13	098-893-2101	098-892-8863
10	南部	医療法人大平会 嶺井第一病院	901-2113	浦添市大平 466	098-877-5806	098-876-2312
11	南部	医療法人八重瀬会 同仁病院	901-2133	浦添市城間 1-37-12	098-876-2212	098-876-4209
12	南部	医療法人陽心会 大道中央病院	902-0067	那覇市安里 1-1-37	098-869-0005	098-869-0291
13	南部	医療法人おもと会 大浜第一病院	900-0005	那覇市天久 1000 番地	098-866-5171	098-864-1874
14	南部	特定医療法人葦の会 オリブ山病院	903-0804	那覇市首里石嶺町 4-356	098-886-2311	098-886-6588
15	南部	医療法人緑寿会 小禄病院	901-0152	那覇市小禄 547-1	098-857-1789	098-857-9575
16	南部	医療法人寿仁会 沖縄セントラル病院	902-0076	那覇市与儀 1-26-6	098-854-5511	098-854-5519
17	南部	医療法人おもと会 大浜第二病院	901-0215	豊見城市渡嘉敷 150 番	098-851-0100	098-851-0200
18	南部	沖縄医療生活協同組合 とよみ生協病院	901-0293	豊見城市字真玉橋 593-1	098-850-7951	098-850-1829

19	南部	医療法人真徳会 沖縄メディカル病院	901-1415	南城市佐敷津波古西原 2310	098-947-3555	098-947-3335
20	南部	医療法人信和会 沖縄第一病院	901-1111	南風原町字兼城 642-1	098-888-1151	098-835-6165
21	南部	医療法人和の会 与那原中央病院	901-1303	与那原町字与那原 2905	098-945-8101	098-945-8106
22	南部	社会医療法人友愛会豊見城中央病院	901-0243	豊見城市字上田 25	098-851-0501	098-851-0506
23	宮古	特定医療法人沖縄徳洲会宮古島徳洲会病院	906-0014	宮古島市平良字松原 552-1	0980-73-1100	0980-73-1900
24	宮古	医療法人祐真会宮古島リハビリ温泉病院	906-0011	宮古島市平良字東仲宗根添 1898-7	0980-73-0800	0980-73-0807

【外来医療を担う診療所又は200床未満の病院（維持期）】

NO	医療圏	医療機関名	〒	住所	TEL	FAX
1	北部	国頭村立東部へき地診療所	905-1503	国頭村字安田 170	0980-41-7511	0980-41-7510
2	北部	国頭村立診療所	905-1411	国頭村字辺土名 1437	0980-41-5380	0980-41-5993
3	北部	やまだクリニック	905-0212	本部町字大浜 874-15	0980-47-6660	0980-47-5600
4	北部	今帰仁診療所	905-0414	今帰仁村字謝名 139	0980-56-3581	0980-51-5013
5	中部	恩納クリニック	904-0411	恩納村字恩納 6329	098-966-8115	098-966-8335
6	中部	きんクリニック	904-1201	金武町字金武 94	098-968-2145	098-968-2901
7	中部	読谷村診療所	904-0305	読谷村字都屋 179	098-956-1151	098-956-9560
8	中部	よみたんクリニック	904-0324	読谷村字長浜 1774	098-958-5775	098-958-5593
9	中部	野村ハートクリニック	904-0202	嘉手納町字屋良 1063-1	098-982-8810	098-982-8341
10	中部	ウェルライフクリニック	904-0102	北谷町字伊平 528 番地	098-989-9211	098-989-9212
11	中部	すながわ内科クリニック	904-2244	うるま市字江州 605	098-975-2525	098-975-2526
12	中部	安立医院	904-0034	沖縄市山内 1-7-5	098-933-6200	098-933-3155
13	中部	ちばなクリニック	904-2143	沖縄市知花 6-25-15	098-939-1301	098-939-7931
14	中部	永山脳神経クリニック	904-2155	沖縄市美原 4-1-10	098-929-2200	098-929-2201
15	中部	東部クリニック	904-2174	沖縄市字与儀 3-9-1	098-932-0111	098-932-9111
16	中部	愛知クリニック	901-2206	宜野湾市愛知 1-2-12	098-892-3511	098-892-6416
17	中部	おやかわクリニック	901-2212	宜野湾市長田 1-29-1	098-893-5511	098-893-5550
18	中部	光クリニック	901-2226	宜野湾市嘉数 2-2-1	098-898-2233	098-898-2287
19	中部	ファミリークリニックきたなかぐ すく	901-2311	北中城村喜舎場 360-1	098-935-5517	098-982-0708

20	中部	今井内科医院	901-2424	中城村字南上原 620-1-33-5	098-988-9946	098-988-9947
21	南部	ゆいゆい内科クリニック	903-0112	西原町我謝 786-11	098-946-0055	098-946-0150
22	南部	しらかわ内科	903-0126	西原町棚原 1-20-10	098-944-3550	098-944-3551
23	南部	かじまやークリニック	901-2102	浦添市字前田 997	098-871-0818	098-871-0820
24	南部	浦西医院	901-2104	浦添市当山 2-9-3	098-878-7070	098-877-1177
25	南部	稲福内科医院	901-2111	浦添市経塚 633 1階	098-988-4556	098-988-4557
26	南部	佐久田脳神経外科・外科	901-2131	浦添市牧港 2-46-12 メディカルプラザ牧港 1階	098-870-7677	098-870-7855
27	南部	牧港クリニック	901-2131	浦添市牧港 4-24-7	098-871-1500	098-871-1501
28	南部	ひがハートクリニック	901-2134	浦添市港川 2-23-2	098-875-4810	098-875-4811
29	南部	ながた内科クリニック	900-0005	那覇市天久 2-19-15	098-869-1024	098-988-8709
30	南部	愛和ファミリークリニック	900-0006	那覇市おもろまち 3-6-3 愛和ビル 2F	098-941-7255	098-941-7266
31	南部	友寄クリニック	900-0021	那覇市泉崎 2-2-6	098-855-0852	098-855-0853
32	南部	山城消化器内科医院	900-0022	那覇市樋川 1-18-22	098-832-3055	098-831-7769
33	南部	脳外科クリニックくだ	900-0022	那覇市樋川 2-1-37 なかもとビル 3F	098-834-2700	098-834-2702
34	南部	たつや脳神経外科	903-0807	那覇市首里久場川町 2-96-18 3F	098-885-8000	098-885-6000
35	南部	きなクリニック	903-0821	那覇市首里儀保町 1-26-3	098-885-4976	098-885-4978
36	南部	みやぎ内科	901-0223	豊見城市翁長 869	098-988-6100	098-988-6101
37	南部	朋友クリニック	901-0243	豊見城市上田 1-17	098-840-2288	098-840-2277
38	南部	伊佐内科クリニック	901-0201	豊見城市真玉橋 258-1 4F	098-851-8828	098-851-8282
39	南部	みなみ野クリニック	901-1208	南城市大里平良 2584-2	098-945-8811	098-945-8558
40	南部	医療法人以和貴会 西崎病院	901-0314	糸満市座波 371-1	098-992-0055	098-992-0052

41	宮古	池村内科医院	906-0007	宮古島市平良字東仲宗根 194	0980-72-3500	0980-73-5100
42	宮古	砂川内科医院	906-0012	宮古島市平良字西里 796-3	0980-73-0037	0980-73-0035
43	宮古	下地診療所	906-0304	宮古島市下地字上地 634-1	0980-74-7878	0980-74-7272
44	宮古	うむやすみやあす・ん診療所	906-0013	宮古島市平良字下里 1477-4	0980-73-3854	0980-73-3851
45	宮古	きしもと内科医院	906-0013	宮古島市平良字下里 1555-1	0980-79-0501	0980-79-0502

おきなわ脳卒中地域連携診療計画書

氏名 _____ 発症年月日 _____ 年 月 日 急性期入院月日 _____ 年 月 日 病院名 _____

〔診断名〕

- 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血

〔退院時重症度〕

- 自宅退院可能
- 回復期リハビリテーション必要

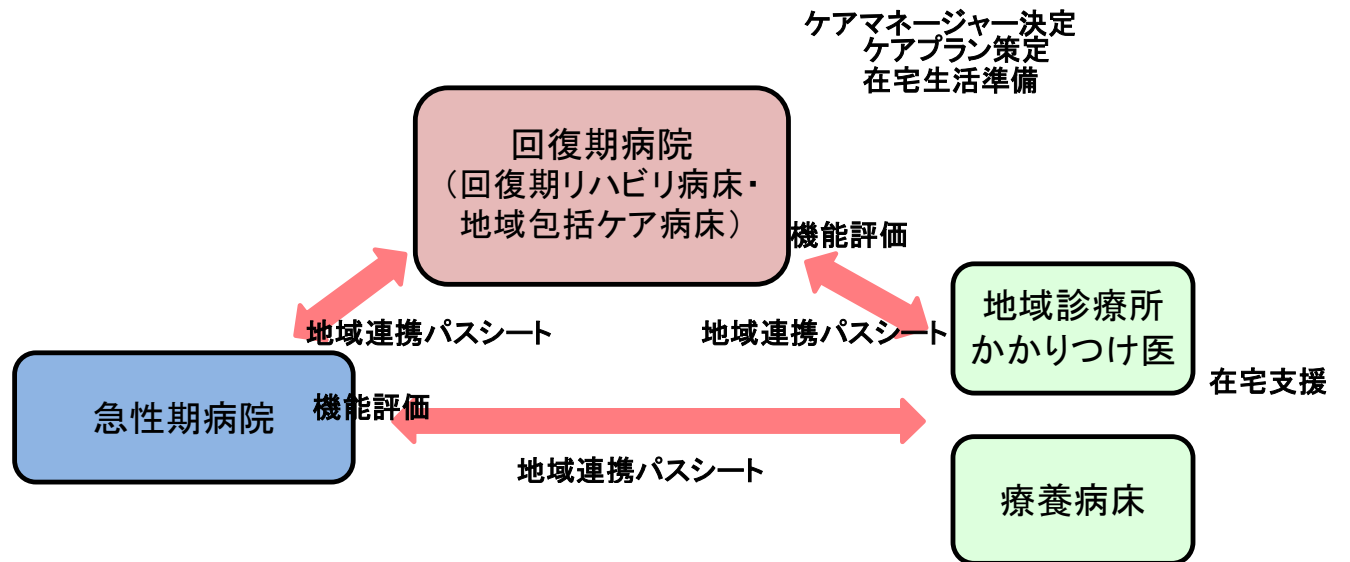
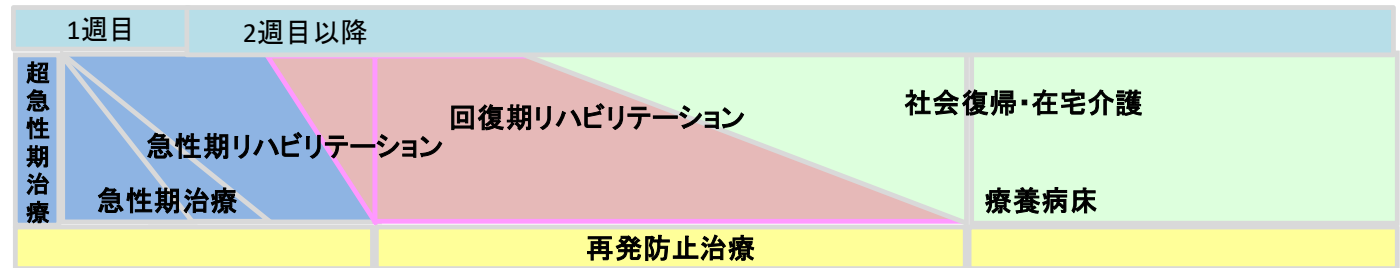
脳卒中治療は早期に適正な急性期治療を行い、それに急性期リハビリテーションと回復期リハビリテーションを積み上げて行くことで患者様の家庭復帰、社会復帰を目指します。

地域連携パスについて:

地域連携パスは、急性期治療、急性期リハビリテーションのみでは社会復帰が困難な患者様の地域社会への復帰を目的として、近隣の回復期リハビリ病床・地域包括ケア病床を持つ病院、地域診療所と提携し運用していくものです。

これらの病院間で、治療・リハビリテーションが継ぎ目なくご提供できるよう、患者様の状態を的確に評価してその情報を共有する目的でパスシートの作成と共有を行います。これにより、急性期病院から回復期病院や地域のかかりつけ医、或いは療養型病床への治療・リハビリテーションの円滑な移行をはかれます。

急性期治療・リハビリテーション・在宅療養などのあらまし



各種申請

介護保険申請
(退院見込み時)

身体障害者手帳申請
(症状固定時)

障害年金申請
(1年半経過した該当者)


おきなわ脳卒中地域連携診療計画書の説明に同意します。

署名 _____ (本人・代理人) _____ 年 月 日 主治医署名 _____

目標:リハビリにより生活に必要な機能を獲得する


病院

患者氏名 ID

おきなわ津梁ネットワーク登録 あり なし 

生年月日 年 月 日 年齢 性別 男性 女性

エンドポイント

帰来先 

死亡

自宅

在宅系施設

介護老人保健施設

回復期病院

療養病床

その他 ()

パスの状態

パス適用外

死亡

退院 (通院・通所・訪問リハ)

パス継続

回復期病院

維持期

発症日 年 月 日

起算日 年 月 日

入院日 年 月 日

退院日 年 月 日

在院日数 日

身障手帳 あり なし 不明

介護保険

確定 申請中 なし 不明

発症前の生活状況


自立 半介助 全介助

家族構成 (キーパーソン:)

キーパーソン あり なし

同居家族 あり なし

身寄り あり なし

MSW 

認知度 (日常生活自立度) 正常

I IIa IIb IIIa IIIb IV M

主な疾患

脳梗塞 ラクナ梗塞 アテローム血栓症 脳塞栓症 (部位:) その他 ()

脳出血 高血圧性脳内出血 (部位:) その他 ()


くも膜下出血 破裂脳動脈瘤 脳動静脈奇形 水頭症併発 その他 ()


急性期治療 抗血小板療法 抗凝固療法

経口抗血小板療法 経口抗凝固療法

エダラポン t-PA療法

血管内治療 あり () なし

手術、その他 あり () なし 


ADL評価 

入院前ADL: ()

入院後ADL: ()

・FIM 点(運動) 点/認知 (点)

評価日 (月 日)

既往歴 


リスク因子 あり なし

高血圧 (□未治療) 脂質異常症 (□未治療 □ 糖尿病 (□未治療)

脳卒中の既往 虚血性心疾患の既往

不整脈 CKD (慢性腎病変)

喫煙 肥満 その他 ()

身体機能 

利き手 右 左 不明

麻痺: Brunnstrom Stage あり なし 不明

右上肢 () 左上肢 ()

右手指 () 左手指 ()

右下肢 () 左下肢 ()

小脳失調 あり なし 不明

右 左 体幹

その他運動障害 あり () なし

構音障害 あり なし 不明

(軽 中 重)

嚥下障害 あり なし 不明

(軽 中 重)

感覚障害 あり なし 不明

(軽 中 重)

高次脳機能障害 あり なし

失語症 半側空間無視

記憶力障害 注意力障害

見当識障害 失行 その他 ()

意識障害 あり なし

認知症 あり なし 不明

食事・栄養

嚥下障害: あり なし 不明

食事ポジション: 車いす ベッド上 (度)


常食 制限食 (Kcal 塩分 g)

水分摂取 (とろみ有 無)


形態制限 主食 () 副食 ()

経管栄養 (品名: ml× 回 水 ml× 回)

(夜間水 ml× 回)

日常生活機能評価表 (ADL) : 合計点 (0~19点) [] 点 

	0点	1点	2点
・床上安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
・どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
・起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない
・移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助	<input type="checkbox"/> できない
・移乗方法	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 介助を要する (搬送含む)	
・口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・他者への意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる/できない時がある	<input type="checkbox"/> できない
・診療療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> 通じない	
・危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	

問題行動 あり なし 

幻視・幻聴 興奮 不穏 妄想

暴力 暴言 介護への抵抗 昼夜逆転

不眠 徘徊 危険行為 不潔行動

異食行動 その他 ()

問題行動の対応方法(自由記載)

主治医記入 リハビリ記入 看護師記入 MSW記入

医師 _____ リハスタッフ _____

PT: _____

看護師 _____

OT: _____

MSW _____ ST: _____

目標:リハビリにより生活に必要な機能を獲得する

病院

患者氏名 _____ ID _____
おきなわ津梁ネットワーク登録 あり なし
 生年月日 年 月 日 年齢 _____ 性別 男性 女性 **Dr**

エンドポイント
 帰来先
 死亡
 自宅
 在宅系施設
 介護老人保健施設()
 急性期病院()
 療養病床()
 その他()

発症日 年 月 日 在院日数 _____ 日
 起算日 年 月 日 総治療期間 _____ 日
 入院日 年 月 日
 退院日 年 月 日 **MSW**

パスの状態
 パス適用外
 死亡
 急性期病院転院
 パス継続(維持期)
 パス終了 **Dr**

入院時選択回復期リハコース
 A.軽症リハコース B.中等症リハコース C.重症リハコース **Dr**

認知度(日常生活自立度) 正常 **Dr**
 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

リスク因子 あり なし
 高血圧 脂質異常症 糖尿病 不整脈 CKD(慢性腎病変)
 喫煙 肥満 その他()

身体機能 **リハ**
 利き手 右 左 不明
 麻痺: Brunnstrom Stage あり なし 不明
 右上肢() 左上肢()
 右手指() 左手指()
 右下肢() 左下肢()

		FIM					
		リハ		リハ			
		初期評価	最終評価	初期評価	最終評価		
セル フ ケ ア	食事			移乗	トイレ		
	整容				浴槽・シャワー		
	清拭			移動	歩行・W/C		
	更衣(上半身)				階段		
更衣(下半身)			コミュニケーション	理解			
トイレ動作				表出			
排泄コン トロール	排尿管理			社会的 認知	社会的交流		
	排便管理				問題解決		
移乗	ベッド・W/C			記憶			
		合計点					

小脳失調 あり なし 不明
 右 左 体幹
 その他運動障害 あり() なし
 構音障害 あり なし 不明
 (軽 中 重)
 嚥下障害 あり なし 不明
 (軽 中 重)
 感覚障害 あり なし 不明
 (軽 中 重)
高次脳機能障害 あり なし
 失語症 半側空間無視
 記憶力障害 注意力障害
 見当識障害 失行 その他()
意識障害 あり なし
認知症 あり なし 不明

食事・栄養
 嚥下障害: あり なし 不明
 食事ポジション: 車いす ベッド上() 度
 常食 制限食(KCal 塩分 g)
 水分摂取(とろみ 有 無)
 形態制限 主食() 副食()
 経管栄養(品名: ml× 回 水 ml× 回)
 (夜間水 ml× 回) **Nrs**

問題行動 あり なし **Nrs**
 幻視・幻聴 興奮 不穏 妄想
 暴力 暴言 介護への抵抗 昼夜逆転
 不眠 徘徊 危険行為 不潔行動
 異食行動 その他()
問題行動の対応方法(自由記載)

日常生活機能評価表(ADL): 合計点(0~19点) { } 点 **Nrs**

	0点	1点	2点
・床上安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
・どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
・起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない
・移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助	<input type="checkbox"/> できない
・移乗方法	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 介助を要する(搬送含む)	
・口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・他者への意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる/できない時がある	<input type="checkbox"/> できない
・診療療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> 通じない	
・危険行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	

退院後サービス
 身障手帳 (有 無 申請中) **MSW**
復職・就労支援 有 無
総合事業 有 無
 介護保険 (有 無 申請中)
 介護度 要支援 1 2 **MSW**
 要介護 1 2 3 4 5
ケアマネージャー 有 無
障害福祉サービス 有 無
 リハ継続 通院 通所 訪問 なし

主治医記入 リハビリ記入 看護師記入 **MSW記入**

医師 _____ リハスタッフ _____
 PT: _____
 看護師 _____ OT: _____
 MSW _____ ST: _____



目標:脳卒中中の再発を予防する.

患者氏名					ID		
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	年齢	歳	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性

発症日	年	月	日	主病名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血
来院日	年	月	日	その他 傷病名	

リスク因子 コントロール <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧	詳細	
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	詳細	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	詳細	
	<input type="checkbox"/> 不整脈	詳細	
	<input type="checkbox"/> CKD	詳細	
	<input type="checkbox"/> 喫煙	詳細	
	<input type="checkbox"/> 肥満	詳細	
	<input type="checkbox"/> その他	詳細	
禁忌薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	詳細	
服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助	詳細	
処方	<input type="checkbox"/> 添付あり <input type="checkbox"/> 添付なし	詳細	

日常生活機能評価表 (ADL) : 合計点 (0~19点) [] 点			
	0点	1点	2点
・床上安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
・どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
・起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない
・移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助	<input type="checkbox"/> できない
・移乗方法	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 介助を要する(搬送含む)	
・口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・他者への意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる/できない時がある	<input type="checkbox"/> できない
・診療療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> 通じない	
・危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	

時期	圏域	連携施設名	担当医師
急性期	北部	<input type="checkbox"/> 県立北部病院	
	中部	<input type="checkbox"/> 県立中部病院 <input type="checkbox"/> 中頭病院 <input type="checkbox"/> 中部徳洲会病院 <input type="checkbox"/> ハートライフ病院	
	南部	<input type="checkbox"/> 琉球大学医学部附属病院 <input type="checkbox"/> 浦添総合病院 <input type="checkbox"/> 沖縄協同病院 <input type="checkbox"/> 沖縄赤十字病院 <input type="checkbox"/> 那覇市立病院 <input type="checkbox"/> 県立南部医療センター・こども医療センター <input type="checkbox"/> 豊見城中央病院	
	宮古	<input type="checkbox"/> 県立宮古病院	
回復期	北部	<input type="checkbox"/> 宮里病院 <input type="checkbox"/> 勝山病院	
	中部	<input type="checkbox"/> 北部病院 <input type="checkbox"/> 北中城若松病院 <input type="checkbox"/> 沖縄リハビリテーションセンター病院 <input type="checkbox"/> ちゅうざん病院 <input type="checkbox"/> 中部協同病院 <input type="checkbox"/> 宜野湾記念病院 <input type="checkbox"/> 与勝病院	
	南部	<input type="checkbox"/> 嶺井第一病院 <input type="checkbox"/> 同仁病院 <input type="checkbox"/> 大道中央病院 <input type="checkbox"/> 大浜第一病院 <input type="checkbox"/> オリブ山病院 <input type="checkbox"/> 小禄病院 <input type="checkbox"/> 沖縄セントラル病院 <input type="checkbox"/> 大浜第二病院 <input type="checkbox"/> とよみ生協病院 <input type="checkbox"/> 沖縄メディカル病院 <input type="checkbox"/> 沖縄第一病院 <input type="checkbox"/> 与那原中央病院 <input type="checkbox"/> 南部病院	
	宮古	<input type="checkbox"/> 宮古島徳洲会病院 <input type="checkbox"/> 宮古島リハビリ温泉病院	

施設名:

担当医師名: