

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	医療機関名： 診療科： 担当医師：
様(男性・女性)	
生年月日 年 月 日(歳)	発症日 年 月 日
	手術日 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	入院日 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他()	退院日 年 月 日

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
起き上がり	6	5	4	3
端座位	6	5	4	3
立ち上がり	6	5	4	3
立位	6	5	4	3
6点:完全自立	3点:部分介助			
5点:修正自立 (手やすりを使用する場合)	2点:全介助			
4点:監視・口頭修正 (安静度が解除されていない場合)	1点:禁止			

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
どちらかの手を陶元まで持ち上げられる	0	1	0	1
寝返り	0	1	2	0
起き上がり	0	1	0	1
座位保持	0	1	2	0
移乗	0	1	2	0
移動方法	0	1	0	1
口腔清潔	0	1	0	1
食事摂取	0	1	2	0
衣服の着脱	0	1	2	0
他者への意思伝達	0	1	2	0
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
-------	----------------

Barthel Index	入院時(年 月 日)計 点		退院時(年 月 日)計 点	
	食事	10	10	5
移乗	15	15	10	10
整容	5	5	0	0
トイレ動作	10	10	5	5
入浴	5	5	0	0
歩行	15	15	10	10
階段	10	10	5	5
着替え	10	10	5	5
排便	10	10	5	5
排尿	10	10	5	5

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
握力	右	kg	左	kg
高次脳機能評価	入院時		退院時	
MMSE	点		点	
その他				

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

診療計画	<input type="checkbox"/> 自宅退院 → 外来： <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	<input type="checkbox"/> 通院リハ(PT・OT・ST) <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 市区町村の福祉センター <input type="checkbox"/> 自主(家族介助)訓練 <input type="checkbox"/> その他()
---	--

福祉サービスの利用予定(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	<input type="checkbox"/> 通所介護(回/週・月) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週・月) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週・月) <input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週・月) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週・月) <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理(回/週・月) <input type="checkbox"/> 福祉用具(<input type="checkbox"/> 電動ベッド <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 入浴サービス <input type="checkbox"/> その他()
---	--

本人・家族への説明内容	
-------------	--

備考	
----	--