

基本情報用紙

能登脳卒中地域連携パス ver.11.0

登録開始情報

コード	氏名	性別	生年月日	年齢	歳
住所	電話				
発症日	脳卒中の既往 ()				
主病名	出血部位		脳室穿破		
	その他の詳細	主病名補足			
家族状況	介護者	本人との関係	健康状態	退院時加療中疾患	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 不整脈・弁膜症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 尿路感染症
	介護力	条件			
	キーパーソン(実名)	本人との関係	電話		
時期	発症前	急性期(終了時)	回復期(終了時)	生活期(1~3ヶ月)	
入院期間	生活の場:	~	~	~	
病院施設名	生活の場の詳細(具体的施設名)				
紹介医 主治医	(科) 主治医 ()		(科) 主治医 ()		主治医
	主たる通院医療機関:	X			
	かかりつけ医師名:	X			
	主な利用サービス:	退院先:	退院先:	在宅サービス 予防・介護	事業所
	(1)			<input type="checkbox"/> 訪問介護 日 回 週 回 月 回	
	(2)			<input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 月 回	
	(3)			<input type="checkbox"/> 訪問リハ 週 回 月 回	
	(4)	具体的施設名: ()	具体的施設名: ()	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 週 回 月 回	
	(5)			<input type="checkbox"/> 通所介護 週 回 月 回	
				<input type="checkbox"/> 通所リハ 週 回 月 回	
在宅サービス	手すり	住宅改修の必要性 ()	住宅改修の必要性 ()	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 週 回 月 回	
	寝具 トイレ その他 ()	福祉用具の必要性 ()	福祉用具の必要性 ()	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 週 回 月 回	
リハビリテーション				<input type="checkbox"/> 小規模多機能	
職業		復職見込み	復職見込み	<input type="checkbox"/> 住宅改修	
身体障害者	(種 級)	(種 級)	(種 級)	<input type="checkbox"/> 福祉用具	
介護保険	介護度	介護度	介護度	介護度	
	居宅事業所 () ケアマネージャー ()				
日常生活自立度	障害老人	障害老人	障害老人	障害老人	
	認知症老人	認知症老人	認知症老人	認知症老人	
ADL	食事 排泄 移動	食事 排泄 移動	食事 排泄 移動	食事 排泄 移動	
	利き手			変化内容()	
その他特記事項					
記載日					
記載者					

能登脳卒中データバンク利用申込書別紙(2)

救急隊からの病院前情報のうち該当項目を傷病者搬送連絡表から転記する。ウォークインの場合はKPSS以外を聴取して記載する。

※黒塗りの項目はご利用できません。

要約用紙

能登脳卒中地域連携パス ver.11.0

主に看護師が記入し、主治医が確認する
服薬情報は主に薬剤師が記入する

主に主治医が記入

氏名	性別	生年月日	年齢	歳	診療科	主治医			
主病名	救急外来到着時間		時	分	病棟入室時間	時	分	時所要	0.00
既往歴	特記すべき事なし		<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> MRSA		感染症	食物禁忌	薬剤禁忌	アレルギー	
危険因子	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 不整脈・弁膜症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞・狭心症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒(1日2合以上) <input type="checkbox"/> 肥満(BMI 25以上)	<input type="checkbox"/> アルゴロパ <input type="checkbox"/> オキサゲレルNa <input type="checkbox"/> エダラホン <input type="checkbox"/> ヘパリン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> チクロピジン <input type="checkbox"/> シロスチゾール <input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> ダビカトラン <input type="checkbox"/> アピキサパン <input type="checkbox"/> エドキサパン <input type="checkbox"/> リパーロキサパン	発症時間の認知 搬送手段 発症から病院到着までの時間 日 時 分 KPSS ()	入院時評価 JCS NIHSS 点 WFNS SAH grade 脳内出血 OT分類 被殻出血 視床出血					
経過と問題点 現病歴・主訴も記載ください。 セル内の改行はALT+ENTERで行ってください。 文字の大きさの変更は可能です。右クリックしてセルの書式設定で変更出来ます。									
手術 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> クリッピング術 <input type="checkbox"/> コイルリング術 <input type="checkbox"/> EC-ICバイパス術 <input type="checkbox"/> 頸動脈内膜剥離術 <input type="checkbox"/> 頸動脈ステント留置術 <input type="checkbox"/> 脳内血腫除去術 <input type="checkbox"/> 脳動脈奇形摘出術 <input type="checkbox"/> 水頭症手術 <input type="checkbox"/> 血栓回収術 <input type="checkbox"/> その他									
術式 (1) (2) (3) 手術日									
薬物療法 点滴 <input type="checkbox"/> 該当なし 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> なし 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> なし									
入院中合併症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 胃十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> その他									
退院時加療中疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 不整脈・弁膜症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> その他									
mRS ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6									
しているADL									
移動 移乗 食事 排尿 排便 入浴 言語障害 行動障害									
医療処置と交換予定 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 点滴ルート <input type="checkbox"/> その他 ()									
サイズ / 備考									
日常生活機能指標(看護必要度B項目)								服薬情報 <input type="checkbox"/> 以下の内容 <input type="checkbox"/> 別紙参照	
急性期・回復期退院時				生活期				文字の大きさの変更は可能です。右クリックしてセルの書式設定で変更出来ます。	
患者の状況	0点	1点	2点	0点	1点	2点			
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
手を胸元まで挙上	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		<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"/> 何かがつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かがつかまればできる	<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		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない				
坐位	<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	<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・一部介助が必要	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要	<input type="checkbox"/> できない			
移動方法(主要なもの1つ)	<input type="checkbox"/> 自力歩行	<input type="checkbox"/> 補助を要する移動		<input type="checkbox"/> 自力歩行	<input type="checkbox"/> 補助を要する移動				
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		<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	<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	<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"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない			
診察・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ				
危険行動への対応	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある				
説明内容と受け入れ・特記事項					家族状況と問題点				
文字の大きさの変更は可能です。右クリックしてセルの書式設定で変更出来ます。					文字の大きさの変更は可能です。右クリックしてセルの書式設定で変更出来ます。				
記載者名	医師 ()	看護師 ()	薬剤師 ()						
施設名	電話		記載日						

能登脳卒中データバンク利用申込書別紙(3)

※黒塗りの項目はご利用できません。

リハビリ経過用紙

能登脳卒中地域連携協議会 Ver.11.0

氏名:		発症日:				主病名:					
リハ開始日 ())				退院先:					
発症1週以降の評価時 ())				退院時 ()					
		1週以降の評価時		退院時				1週以降の評価時		退院時	
生活行動範囲						失語症					
基本動作	寝返り					構音障害					
	起き上がり					失行・失認					
	座位保持					注意・記憶障害					
	立ち上がり					嚥下障害					
	立位保持					感覚障害					
移動形態	歩行	自立度				協調運動障害					
		補助具				呼吸障害					
		車椅子				排泄障害					
		駆動				関節障害					
		移乗				HDS-R					
運動麻痺											
麻痺側										装具使用状況などの詳細情報をご記入ください。	
BRS:	右	上肢	手指	下肢	上肢	手指	下肢				
	左	上肢	手指	下肢	上肢	手指	下肢				
FIM		1週以降の評価時		退院時		コメント					
セルフケア	食事										
	整容										
	清拭										
	更衣:上半身										
	更衣:下半身										
	トイレ動作										
排泄	排尿										
	排便										
移乗	ベッド, 椅子, 車椅子										
	トイレ										
	洋式浴槽, シャワー										
移動	歩行・車椅子										
	階段										
シニョクニ	理解										
	表出										
社会的認知	社会的交流										
	問題解決										
	記憶										
合計		0/126		0/126							
点数区分: 7. 完全自立 6. 修正自立 5. 要監視 4. 最小介助 3. 中等度介助 2. 最大介助 1. 全介助											
今後の生活目標											
経過・要約・今後のリハ目的とプログラム											
施設名											
記入者名	リハ医:	PT:	OT:	ST:	記載日						

能登脳卒中データバンク利用申込書別紙(4)

※黒塗りの項目はご利用できません。

栄養情報用紙

能登脳卒中地域連携協議会 Ver. 11.0

患者氏名

様

		入院時			急性期終了時			回復期終了時			生活期 (回復期終了時から3ヶ月後)			
下記以外の職種が記入してもよい														
栄養評価	看護師	身長/体重	cm	kg	cm	kg	cm	kg	cm	kg	記入必要なし			
		BMI/理想体重	BMI	理想体重	kg	BMI	理想体重	kg	BMI	理想体重				kg
		体格												
		褥瘡												
		部位												
		浮腫												
		部位												
栄養士	記載者	現体重/理想体重												
		必要エネルギー量	kcal			kcal			kcal					
		必要水分量	ml			ml			ml					
		記載者												
採血データ	検査技師	採血日												
		検査データ	TP		Alb		TP		Alb		TP		Alb	
			Hb		CRP		Hb		CRP		Hb		CRP	
			eGFR		HbA1c (NGSP)		eGFR		HbA1c (NGSP)		eGFR		HbA1c (NGSP)	
			BUN		Cr		BUN		Cr		BUN		Cr	
			T-CHO		LDL		T-CHO		LDL		T-CHO		LDL	
			HDL		中性脂肪		HDL		中性脂肪		HDL		中性脂肪	
			総リハ ^o 球数		CONUT (栄養評価)		総リハ ^o 球数		CONUT (栄養評価)		総リハ ^o 球数		CONUT (栄養評価)	
		記載者												
		全職種	口腔ケア・摂食嚥下評価	口腔ケアの状態										きれい・汚い
食事中的義歯使用										あり・なし				
歯科治療介入の必要性										あり・なし				
食欲										あり・なし・評価困難				
経口摂取の状態										可・楽しみ程度・不可				
誤嚥の心配										あり・なし				
飲水時のとろみ										あり・なし・絶食・評価困難				
記載者														
栄養士	食種	主食												
		副食の形態と内容												
		食形態マップでの分類												
		入院直後絶食期間(日)	記入必要なし			日間			記入必要なし			記入必要なし		
		その他の申し送り事項												
		栄養量	エネルギー	kcal	塩分	g	エネルギー	kcal	塩分	g	エネルギー	kcal	塩分	g
		摂取量	蛋白	g	水分	ml	蛋白	g	水分	ml	蛋白	g	水分	ml
記載者	主食	割	副食	割	主食	割	副食	割	主食	割	副食	割		
栄養摂取	看護師	アクセス										経鼻・胃ろう・腸ろう		
		栄養剤												
		半固形化の必要性										あり・なし		
	(経管)	半固形化の選択理由												
		投与量	ml			ml			ml			ml		
		投与エネルギー	kcal			kcal			kcal			kcal		
	看護師 (カテーテル)	追加水分量	ml			ml			ml			ml		
		種類	バンパー	バルン(固定水)	シャフト長	バンパー	バルン(固定水)	シャフト長	バンパー	バルン(固定水)	シャフト長	バンパー	バルン(固定水)	シャフト長
		ボタン	□	□ (ml)	cm	□	□ (ml)	cm	□	□ (ml)	cm	□	□ (ml)	cm
	薬剤師	チューブ	□	□ (ml)	Fr	□	□ (ml)	Fr	□	□ (ml)	Fr	□	□ (ml)	Fr
記載者														
(経静脈)		投与エネルギー	kcal			kcal			kcal			記入必要なし		
	投与量	ml			ml			ml						
輸液内容	輸液内容													
	記載者													