

基本情報用紙

能登脳卒中地域連携パス ver.7.0

登録開始情報

コード	氏名	様	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	主治医 ()科)		主治医 ()科)		主治医					
	主たる通院医療機関:	X		X						
	かかりつけ医師名:									
	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						
身体障害者手帳	(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	復職・転職・無職						
	居宅事業所 ()	居宅事業所 ()	居宅事業所 ()	(種 級)						
	ケアマネージャー ()	ケアマネージャー ()	ケアマネージャー ()	介護度						
日常生活自立度	障害老人	障害老人	障害老人	居宅事業所 ()						
	認知症老人	認知症老人	認知症老人	ケアマネージャー ()						
ADL	食事 排泄 移動	食事 排泄 移動	食事 排泄 移動	障害老人						
	利き手			認知症老人						
その他特記事項				食事 排泄 移動 変化内容()						
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) ※黒色で塗りつぶされているデータ項目はご利用できません

職種別役割分担の一例を色分けして示します。
各病院の事情に合わせて変更して使用して下さい。

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。

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

要約用紙

能登脳卒中地域連携パス ver.7.0

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	感染症 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> MRSA		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)				病院前情報	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 ()					
経過と問題点					入院時評価	JCS	NIHSS	WFNS SAH grade	脳内出血 CT分類				
					手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> クリッピング術 <input type="checkbox"/> コイリング術 <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"/> その他 <input type="checkbox"/> 脳内血腫除去術 <input type="checkbox"/> 脳動静脈奇形摘出 <input type="checkbox"/> 水頭症手術							
					術式	(1)	(2)	(3)					
					手術日								
					薬物療法	点滴	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> アルガトロバン <input type="checkbox"/> オキサリルNa <input type="checkbox"/> エダラボン <input type="checkbox"/> t-PA <input type="checkbox"/> ヘパリンNa						
					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	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 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					
急性期・回復期退院時 計 0点								生活期 計 0点					
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"/> 何かにつかまればできる	<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		<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							
診療・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									
記載者名	医師 ()	看護師 ()	薬剤師 ()										
施設名	電話		記載日										

リハビリ経過用紙

能登脳卒中地域連携協議会 Ver.7.0

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			
移動形態	立位保持									感覚障害			
	歩行									協調運動障害			
	補助具									呼吸障害			
	車椅子									排泄障害			
移動形態	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												
排泄	トイレ動作												
	排尿 排便												
移乗	ベッド, 椅子, 車椅子												
	トイレ												
移動	洋式浴槽, シャワー												
	歩行・車椅子												
認知	階段												
	理解												
	表出												
	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) ※黒色で塗りつぶされているデータ項目はご利用できません

○: 生活期必須項目

栄養情報用紙

能登脳卒中地域連携協議会 Ver. 7.0

患者氏名	様
------	---

		入院時		急性期終了時		回復期終了時		生活期 (1~3ヶ月)												
栄養評価	看護師	身長/体重	cm	kg	cm	kg	cm	kg	cm	kg										
		BMI/標準体重	BMI	標準体重	kg	BMI	標準体重	kg	BMI	標準体重	kg									
		体格																		
		低栄養状態								(高リスク、中リスク、低リスク)										
		褥瘡								(無、有)										
		部位																		
		浮腫								(無、有)										
		部位																		
		消化器症状								(下痢、嘔吐、便秘、無)										
		記載者																		
栄養士		活動係数/理由	()		()		()		()											
		障害係数/理由	()		()		()		()											
		現体重/理想体重								(理想体重、標準体重)										
		必要エネルギー量		kcal		kcal		kcal		kcal										
		必要水分量		ml		ml		ml		ml										
		記載者																		
採血データ	検査技師	検査データ	TP	Alb	TP	Alb	TP	Alb	TP	Alb										
			Hb	血糖値	Hb	血糖値	Hb	血糖値	Hb	血糖値										
			eGFR	HbA1c(NGSP)	eGFR	HbA1c(NGSP)	eGFR	HbA1c(NGSP)	eGFR	HbA1c(NGSP)										
			BUN	Cr	BUN	Cr	BUN	Cr	BUN	Cr										
			T-CHO	LDL	T-CHO	LDL	T-CHO	LDL	T-CHO	LDL										
			HDL	中性脂肪	HDL	中性脂肪	HDL	中性脂肪	HDL	中性脂肪										
		記載者																		
	口腔ケア・摂食嚥下評価	歯科医師 歯科衛生士 言語聴覚士 看護師 介護士	口腔ケア		回/日		回/日		回/日		回/日									
			衛生状態									(自立、介助)								
			口腔乾燥									(良、不良)								
義歯使用											(無、有)									
経口摂取の状態											(無、有)									
食物認知											(可、楽しみ程度、不可)									
口腔内の溜め込み											(無、有)									
食事中のムセ											(無、有)									
痰のゴロツキ											(無、有)									
特記事項																				
栄養士	(経口)	食種								回復期終了時からの変化										
		主食								主食 無 有 ()										
		副食の形態と内容								副食 無 有 ()										
		その他の 申し送り事項								エネルギー 無 有 ()										
		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	エネルギー	kcal	塩分	g	水分	無 有 ()
			水分	ml	水分	ml	水分	ml	水分	ml	水分	無 有 ()								
		摂取量	主食	割	副食	割	主食	割	副食	割	主食	割	副食	割	主食	割	副食	割		
			記載者																	
		栄養摂取	看護師 栄養士	アクセス																
				栄養剤																
半固形化の必要性																				
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										
追加水分量			ml		ml		ml		ml											
カテーテル 看護師	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									
	ボタン		□	□ (ml)	cm	□	□ (ml)	cm	□	□ (ml)	cm									
	チューブ		□	□ (ml)	Fr	□	□ (ml)	Fr	□	□ (ml)	Fr									
	記載者																			
薬剤師	(経静脈)	投与エネルギー		kcal		kcal		kcal		kcal										
		投与量		ml		ml		ml		ml										
		輸液内容																		
		記載者																		