

図2 愛媛脳卒中地域連携パス(基本情報)

計画管理料: 算定 未算定

退院時指導料: 算定 未算定

氏名	様 (男・女)		生年月日	M・T・S	年	月	日()	歳
住所								
発症日	H	年	月	日	脳血管疾患の既往:初発・再発()			
病型	脳梗塞(<input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性 <input type="checkbox"/> 脳塞栓 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 分類不明の脳卒中発作 <input type="checkbox"/> その他()							
感染症	HBs抗原(+・-・未) HCV抗体(+・-・未) MRSA(+ 部位: -・未) その他()							
家族状況	介護者: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()健康状態: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 介護力: <input type="checkbox"/> 常時可 <input type="checkbox"/> 夜間のみ可 <input type="checkbox"/> 不可 キーパーソン: 氏名() 本人との関係: () 連絡先: TEL: ()							
	発症前(急性期入院時)	急性期退院時	回復期退院時	回復期退院時・維持期	維持期			
本人・家族の希望								
施設名	() () () ()							
入院期間	H 年 / ~ / H 年 / ~ / H 年 / ~ / H 年 / ~ /							
職業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	復職見込み <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	コメント	コメント	コメント			
目標とする生活の場	<input type="checkbox"/> 在宅() <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 在宅() <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 在宅() <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 在宅() <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 在宅() <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他			
医療	かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 ()種()級	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 ()種()級	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 ()種()級	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 ()種()級	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 ()種()級			
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 ケアマネ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 ケアマネ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 ケアマネ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 ケアマネ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 ケアマネ()			
ADL	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 移動 <input type="checkbox"/> 臥床 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行 利き手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 移動 <input type="checkbox"/> 臥床 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 移動 <input type="checkbox"/> 臥床 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 移動 <input type="checkbox"/> 臥床 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 移動 <input type="checkbox"/> 臥床 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行			
家屋状況	手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 寝具 <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベット トイレ <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 その他()	住宅改修必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 手すりの設置 <input type="checkbox"/> ベットの利用 <input type="checkbox"/> トイレの改修 <input type="checkbox"/> その他	住宅改修必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 手すりの設置 <input type="checkbox"/> ベットの利用 <input type="checkbox"/> トイレの改修 <input type="checkbox"/> その他 住宅改修準備 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	住宅改修必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 手すりの設置 <input type="checkbox"/> ベットの利用 <input type="checkbox"/> トイレの改修 <input type="checkbox"/> その他 住宅改修準備 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	住宅改修状況コメント			
変更・特記事項								