

図5 愛媛脳卒中地域連携パス(維持期)

氏名	初回受診日 H 年 月 日			現在の居住場所	<input type="checkbox"/> 自宅・家族宅
	退院日 H 年 月 日				<input type="checkbox"/> 施設入所:
疾病と障害 (かかりつけ医)	病院名				
	医師名(自署)		連絡先	夜間:	
	主病名		内服	<input type="checkbox"/> 抗血小板剤 <input type="checkbox"/> 抗凝固剤 <input type="checkbox"/>	
	治療中の疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他	特記事項	別紙 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	アウトカム	ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	医療系サービスの必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> リハビリ)		
	介護度	<input type="checkbox"/> 無 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
	認知の程度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> M または長谷川式			
	障害の自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C2			
	機能的評価 ※任意(裏面参照)	BI:( )/100 又は FIM:( )/126			
日常生活機能評価表		0点	1点	2点	担当ケアマネ
	床上安静の指示	なし	あり		事業所名
	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない		連絡先
	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	住宅改修 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 済・未 )
	起き上がり	できる	できない		<input type="checkbox"/> 訪問看護 回/
	座位保持	できる	支えがあればできる	できない	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 回/
	移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない	<input type="checkbox"/> 外来リハビリ 回/
	移動方法	介助を要しない	介助を要する移動(搬送含む)		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ 回/
	口腔清潔	できる	できない		<input type="checkbox"/> 通所介護 回/
	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助	<input type="checkbox"/> 訪問介護 回/
	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 回/
	他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護
	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ		<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護
	危険行動	なし	ある		<input type="checkbox"/> 小規模多機能
合計点(0~19点) 得点が低いほど、生活自立度が高い	点			<input type="checkbox"/> 福祉用具	
日常生活状況	生活目標				
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器(押し車) <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )			
	食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食( ) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他( )			
	形態	<input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ゼリ <input type="checkbox"/> その他( )			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助:( トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・カーテル・ )			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助:( 清拭・シャワー・浴槽・機械浴 )			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 ( )			
	精神状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 ( )			
	生活リズム	<input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 臥床傾向			
生活・介護上の問題点					
<input type="checkbox"/> 介護保険施設等	入所日	年 月 日	入所予定期間		
施設名	担当者:		連絡先:		