

# 目標: リハビリにより機能が回復する

急性期診療科		病院		科
担当者名		Dr( )MSW( )Ns( )	リハビリ (PT: OT: ST: )	
氏名	(男・女)			
生年月日	西暦 19 年 月 日 ( 歳)			
住所				
連絡先				
保険種別	社本・社家・国・生・老1・老3・高・後・福・ 低I・低II・その他減免等( )			

身障手帳 無・有(肢体・内部・その他) 種 級、 他の手帳( )  
 介護保険 未申請・申請中(新規・変更)(平成 年 / 申請)  
認定済み(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) ケアマネージャー 無 有( )  
 居宅介護支援事業所 連絡先

家族構成・状況等

<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> マンション EV <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主介護者: 関係( ) 連絡先: キーパーソン: 関係( ) 連絡先:
--	--

高齢世帯 独居 家族と同居

受傷(発症)前の生活状況 其他連絡事項

 MSW

診断 脳梗塞(ラクナ アテローム 心原性塞栓 其他\_\_\_\_\_ )  
脳出血(橋 視床 被殻 皮質下 其他\_\_\_\_\_ )  
くも膜下出血 其他( )

Dr 

発症日 年 月 日

責任病巣

危険因子 高血圧 糖尿病 高脂血症 喫煙 肥満 不整脈 其他

既往歴/薬剤アレルギー

感染症 HBsAg +/- HCV +/- Wa-R +/- HIV +/- MRSA +/- 其他

急性期治療 薬 剤 アスピリン クロピドグレル シロスタゾール ワーファリン ヘパリン  
アルガトロバン オザグレル tPA エダラボン

手術 手術日 / コイリング クリッピング シャント 血腫除去 其他

合併症 1. 2. 3.

併診科 眼科 耳鼻科 皮膚科 心療内科 泌尿器科 外科 其他

再診予約 (有 無) 予約日 ( )科 月 日 時

障害 意識 JCS GCS

高次脳機能等 失見当 記憶力障害 夜間せん妄 徘徊 不潔行為 拒薬  
抑うつ 失語(運動性 感覚性) 半側空間無視 其他の問題行動

視力 半盲(右 左) 視力低下 眼鏡の使用(有 無)

聴力 難聴 補聴器の使用(右 左)

運動障害 構音障害(軽 中等 重) 嚥下障害(軽 中等 重)  
片麻痺(右 左)(軽 中等 重) 失調(右 左)(軽 中等 重)

処方 管理 自己管理 病棟管理 添付別記(有 無) ※退院処方には裏面に貼付、持参薬合わせて記入

内容 1 2 3 4  
 5 6 7 8  
 9 10 11 12

注:内服薬の種類・量の変更を慎重にすべき薬剤には  にて囲んで下さい。

身体状況 身長 cm 体重 kg 最近3ヶ月内 kg 減 増

寝たきり度 J A B C - 1 2 認知障害度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

看護情報 生活援助 移動 歩行(自立 見守り 介助) 車イス(自立 見守り 介助)  
 食事(自立 見守り 介助) 入浴(自立 見守り 介助) 更衣(自立 見守り 介助)  
 排泄(自立 見守り 常時見守り 介助)

 Nr

排泄 排尿回数 回/日 排便回数 回/日 最終排便日 月 日  
オムツ 尿器 トイレ 失禁 ストマ 膀胱ろう  
尿道カテーテル サイズ Fr 次回交換日 月 日  
排便コントロール 薬剤( ) 其他( )

その他 褥瘡 部位 吸引  
抑制 部位 使用物品( )  
センサー 使用物品( )  
安全ベルト ベッド柵( )本

持参薬 点眼薬(1 2 )  
軟膏(1 2 )

栄養 経口摂取 主食 米飯 粥(3・5・全) 副食(常・五分・三分)  
 治療食有( ) 無 嚥下食 I II III IV V  
 平均摂取量( 割) 義歯の使用(上下)  
 食物アレルギー( ) 禁忌食材( )

経管栄養 経鼻胃管 胃瘻 サイズ Fr 次回交換日 月 日  
 栄養剤( )投与量 朝( ) 昼( ) 夕( ) 寝る前( )

リハビリ FIM

 FIM

t-FIM: \_\_\_\_\_点  
 m-FIM: \_\_\_\_\_点  
 c-FIM: \_\_\_\_\_点

 SIAS-M 近位上肢:  
 遠位上肢:  
 下肢(股関節):  
 下肢(膝関節):  
 下肢(足関節):

補助具

装具

※詳細は添付書類参照

日常生活機能評価表	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし、	あり、	——
どちらかの手を胸元まで持ち上げる	できる、	できない、	——
寝返り	できる、	何かにつかまればできる、	できない
起き上がり	できる、	できない、	——
座位保持	できる、	支えがあればできる、	できない
移乗	できる、	見守りか一部介助、	できない
移動方法	介助不要、	要介助か搬送、	——
口腔清潔	できる、	できない、	——
食事摂取	介助なし、	一部介助、	全介助
衣服の着脱	介助なし、	一部介助、	全介助
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
診療・療養上の指示が通じる	はい、	いいえ、	——
危険行動への対応	ない、	ある、	——
合計点 (0~19)			点

患者の希望するゴール

 MSW 家族の希望するゴール

主治医から家族への面談内容

 Dr

発症後の入院見込み期間: 月

私は地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。  
 書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。  
 説明・同意日: 年 月 日 本人、家族の署名: