

患者基本情報 病院名: _____ 入院日: _____ 年 月 日
 診療科名: _____ 主治医: _____ 退院日: _____ 年 月 日 患者ID: _____
 患者名: _____ 男 女 生年月日: _____ 年 月 日 発症日: _____ 年 月 日
 かかりつけ医: _____ 紹介先: _____
 薬物アレルギー: なし あり(_____)
 食べ物アレルギー: なし あり(_____)
 体内金属: なし あり(MR撮像可 MR撮像不可 金属内容: _____)

脳卒中病型 くも膜下出血: 脳動脈瘤 血管奇形 解離 その他の原因:(_____)
 脳梗塞: ラクナ アテローム BAD 心原性 奇異性 解離 その他の原因:(_____)
 脳内出血: 高血圧性 脳アミロイド 血管奇形 その他の原因:(_____)
 その他の脳卒中:(疾患名; _____)

脳卒中画像診断 ●病巣: 右半球 左半球 小脳 脳幹 単発 多発 不明
 ●頭蓋外動脈狭窄: なし あり 不明 治療済み ●頭蓋内動脈狭窄: なし あり 不明 治療済み
 ●水頭症: なし あり 不明 治療済み ●脳動脈瘤: なし あり 不明 治療済み

脳卒中危険因子 高血圧 脂質異常症 糖尿病(内服 インスリン) 慢性腎障害 不整脈 冠動脈疾患 その他心疾患
 喫煙 飲酒 脳卒中家族歴 脳梗塞既往 脳出血既往 その他(_____)

脳卒中推奨薬剤(退院後追加処方も含む) シロスタゾール アスピリン クロピドグレル ダビガトラン
 ワルファリン(PT-INR: _____ ~ _____) ARB ACE-I Ca拮抗薬 利尿薬 スタチン EPA
 抗てんかん薬(_____) その他(_____)

紹介時情報 ●最終血圧目標: 脳卒中ガイドラインと同じ その他(_____)
 ●発症前mRS: _____ 0:症状なし I:軽度の障害 II:自力で身の回りができる III:自力歩行可(杖, 装具含) IV:介助歩行 V:寝たきり
 ●急性期退院時mRS: _____ 0:症状なし I:軽度の障害 II:自力で身の回りができる III:自力歩行可(杖, 装具含) IV:介助歩行 V:寝たきり
 ●意識: 清明 I 桁 II 桁 III 桁 ●高次脳機能障害: なし 運動性失語 感覚性失語 全失語 病態失認 空間無視
 ●麻痺: なし あり: 右上肢(挙上不可 手開閉不可) 左上肢(挙上不可 手開閉不可) 右下肢(挙上不可) 左下肢(挙上不可)
 ●失調: なし あり: 体幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢

紹介時治療 輸液あり: 末梢 中心静脈(挿入日 _____ 挿入部位; _____) 酸素あり: _____ ℓ 経鼻 マスク ふきながし
 挿管あり(サイズ; _____ mm Fr 挿入日; _____) 気切あり:サイズ; _____ mm Fr 次回交換日; _____ 開窓 切開 喉摘
 留置バルーンあり(サイズ; _____ Fr 挿入日; _____) インスリンあり(内容; _____)
 経鼻胃管あり(サイズ; _____ Fr 挿入日; _____) 胃瘻あり(サイズ; _____ Fr 次回交換日; _____ 種類; _____)
 心電図モニター要 SpO2モニター要(持続 適時; _____) 誤嚥性肺炎あり(既往 合併中)
 再診あり(病院名; _____ 科名; _____ 担当医; _____ 疾患名; _____ 再診日; _____)

看護師記載	急性期病院記載欄		回復期病院記載欄		療養型病院・クリニック記載欄	
	急性期退院時(記載日: 年 月 日)		回復期退院時(記載日: 年 月 日)		維持期初診時(記載日: 年 月 日)	
●床上安静の指示	<input type="checkbox"/> 0:なし <input type="checkbox"/> 1:あり		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
●どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> 0:できる <input type="checkbox"/> 1:できない		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
●寝返り	<input type="checkbox"/> 0:できる <input type="checkbox"/> 1:何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 2:できない		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
●起き上がり	<input type="checkbox"/> 0:できる <input type="checkbox"/> 1:できない		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
●座位保持	<input type="checkbox"/> 0:できる <input type="checkbox"/> 1:支えがあればできる <input type="checkbox"/> 2:できない		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
●移動	<input type="checkbox"/> 0:できる <input type="checkbox"/> 1:見守り・一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 2:できない ★ 1 補足 <input type="checkbox"/> A:要監視 <input type="checkbox"/> B:軽介助 <input type="checkbox"/> C:部分介助		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
●移動方法	<input type="checkbox"/> 0:介助不要 <input type="checkbox"/> 1:介助を要する(搬送含) ★ 1 補足 <input type="checkbox"/> A:杖・装具歩行 <input type="checkbox"/> B:介助歩行 <input type="checkbox"/> C:車椅子自走 <input type="checkbox"/> D:車椅子介助 <input type="checkbox"/> E:ベッド		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
●口腔清潔	<input type="checkbox"/> 0:できる <input type="checkbox"/> 1:できない ★ 1 補足 <input type="checkbox"/> A:部分介助 <input type="checkbox"/> B:全介助		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	
●食事摂取	<input type="checkbox"/> 0:介助なし <input type="checkbox"/> 1:一部介助 <input type="checkbox"/> 2:全介助 ★補足① <input type="checkbox"/> A:経口 <input type="checkbox"/> B:経鼻胃管 <input type="checkbox"/> C:胃瘻 <input type="checkbox"/> D:輸液 ★補足② <input type="checkbox"/> A:むせなし <input type="checkbox"/> B:常時むせ <input type="checkbox"/> C:頻回むせ <input checked="" type="checkbox"/> D:時々むせ <input type="checkbox"/> E:たまにむせ ★補足③ <input type="checkbox"/> A:吸引不要 <input type="checkbox"/> B:時々吸引 <input type="checkbox"/> C:8回/日未満の吸引 <input type="checkbox"/> D:8回/日以上吸引 ★補足④ <input type="checkbox"/> A:とろみ剤・キザミ不要 <input type="checkbox"/> B:とろみ剤要 <input type="checkbox"/> C:キザミ要 <input type="checkbox"/> D:とろみ剤・キザミ要 ★食事内容:		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D ★ 食事内容:		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D ★ 食事内容:	
●衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 0:介助なし <input type="checkbox"/> 1:一部介助 <input type="checkbox"/> 2:全介助		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
●他者への意志伝達	<input type="checkbox"/> 0:できる <input type="checkbox"/> 1:できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> 2:できない ★ 1・2 補足 <input type="checkbox"/> A:意識障害 <input type="checkbox"/> B:失語 <input type="checkbox"/> C:認知症 <input type="checkbox"/> D:構音障害 <input type="checkbox"/> E:挿管・気切		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
●診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> 0:はい <input type="checkbox"/> 1:いいえ ★ 1 補足 <input type="checkbox"/> A:意識障害 <input type="checkbox"/> B:失語 <input type="checkbox"/> C:認知症 <input type="checkbox"/> D:難聴 <input type="checkbox"/> E:視力障害		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
●危険行動	<input type="checkbox"/> 0:ない <input type="checkbox"/> 1:ある ★補足 <input type="checkbox"/> A:日中 <input type="checkbox"/> B:夜間 <input type="checkbox"/> C:昼夜逆転 <input type="checkbox"/> D:不穏 <input type="checkbox"/> E:徘徊 <input type="checkbox"/> F:時々転倒 <input type="checkbox"/> G:しばしば転倒 <input type="checkbox"/> H:頻回に転倒 <input type="checkbox"/> I:ミトン <input type="checkbox"/> J:体幹抑制 <input type="checkbox"/> K:四肢抑制 <input type="checkbox"/> L:車椅子シートベルト <input type="checkbox"/> M:うつ <input type="checkbox"/> N:抗うつ薬使用 <input type="checkbox"/> O:精神科受診あり <input type="checkbox"/> P:抗精神病薬使用 <input type="checkbox"/> Q:睡眠薬使用		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Q		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 ★ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Q	
■排泄一般	<input type="checkbox"/> A:尿意・便意あり <input type="checkbox"/> B:尿意・便意なし <input type="checkbox"/> C:普通トイレ <input type="checkbox"/> D:おむつ <input type="checkbox"/> E:ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> F:留置バルーン		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F	
■排尿	<input type="checkbox"/> A:自立 <input type="checkbox"/> B:一部介助 <input type="checkbox"/> C:全介助 <input type="checkbox"/> D:時々失禁 <input type="checkbox"/> E:いつも失禁 <input type="checkbox"/> F:間欠導尿 <input type="checkbox"/> G:夜間排尿あり(回数: 平均 回)		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	
■排便	<input type="checkbox"/> A:自立 <input type="checkbox"/> B:一部介助 <input type="checkbox"/> C:全介助 <input type="checkbox"/> D:時々洗腸 <input type="checkbox"/> E:ほぼ定期的な洗腸		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
■洗面	<input type="checkbox"/> A:自立 <input type="checkbox"/> B:一部介助 <input type="checkbox"/> C:全介助		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
■入浴	<input type="checkbox"/> A:自立 <input type="checkbox"/> B:一部介助 <input type="checkbox"/> C:全介助		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
■褥瘡	<input type="checkbox"/> A:なし <input type="checkbox"/> B:あり(部位とサイズ:)		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B()		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B()	
■拘縮	<input type="checkbox"/> A:なし <input type="checkbox"/> B:あり ①右上肢 ②右手 ③左上肢 ④左手 ⑤右下肢 ⑥右足 ⑦左下肢 ⑧左足		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧	

