

地域連携クリティカルパス 情報提供書:

担当者様







フリガナ	ID	性別	生年月日	年齢	入院時	JCS	NIHSS
氏名	様	既往症	高血圧	心疾患	服薬	抗凝固剤・抗血小板剤	
診断名	脳卒中再発の有無	脂質異常症	喫煙歴				
(部位)	手術	糖尿病	飲酒				
障害名		感染症					
		アレルギー					
発症日	急性期入院日	急性期退院日	発症一年後	次回急性期受診予定			

発症前患者情報	
生活場所	
キーパーソン	
かかりつけ医	
かかりつけ歯科	
紹介医	
家屋構造	
建物	
階段	
手摺	
寝具	
トイレ	
職業	
障害手帳	
介護認定	
居宅介護支援事業所	
ケアマネジャー	

急性期病院 <input type="checkbox"/> 算定済み	
退院時	
目標	
評価項目	月 日
JCS	
NIHSS	
mRS	
障害自立度	
認知症自立度	
日常生活機能評価	/19
FIM	/126
Barthel Index	0 /100
食事動作	
車椅子への移動	
整容動作	
トイレ動作	
入浴動作	
歩行・移動動作	
移階段昇降	
着替え動作	
排便コントロール	
排尿コントロール	
嚥下障害	
栄養法	
食事形態・水分	
高次脳機能障害	

コメント	
医師	理学療法士
※患者・家族へ説明した病状経過と今後の見通しをご記入ください。	
	作業療法士
看護師	言語聴覚士
MSW・他職種 ※介護申請の有無や在宅復帰時の問題点があればご記入下さい。	

施設名	
-----	--

現状	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
目標	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ステップ: 当てはまるものに それぞれ印をして 下さい						
	ベッド上	車椅子介助	車椅子自走	介助歩行	杖歩行	独歩