千葉県共用　脳卒中地域医療連携パス　連携シート
診療情報シート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

患者基本情報　　月　　日記入						科　医師名	
患者氏名		ID		性別		発症	平成　年　月　日
		生年月日		年齢	歳	入院	平成　年　月　日

疾患名		病巣部位	
□脳梗塞	□ｱﾃﾛｰﾑ血栓症 □心原性塞栓 □ラクナ梗塞 □不明 □その他(　　)		
□脳出血	□高血圧性 □脳動脈奇形 □もやもや病 □不明 □その他(　　)		
□クモ膜下出血	□嚢状脳動脈瘤 □解離性動脈瘤 □不明 □その他(　　)	サイズ	□大 □中 □小 □散在性

手術	□なし □有　　月　　日(内容) □有　　月　　日(内容)
特殊疾患	□血管狭窄・閉塞(　　) □未破裂動脈瘤(　　) □その他(　　)
主な障害	□右マヒ □左マヒ □両マヒ □失調 □高次脳機能障害 □視野障害 □構音・嚥下障害 □その他(　　)
合併症	□肺炎 □尿路感染 □症候性てんかん □DVT □その他
要注意既往症及び生活習慣	□高血圧 □糖尿病 □心房細動 □心筋梗塞 □心不全 □脂質異常症 □肝硬変 □その他肝機能障害(　　) □腎不全 □腎障害(　　) □喫煙 □飲酒 □その他;
特記事項(手術・既往など)	

現病歴 治療内容	□地域連携診療計画管理算定可	投薬内容・インスリン	□薬歴添付・薬剤シートあり(この場合は処方記載不要) 朝　　昼 夕　　夜
		□点滴	終了見込み　　月　　日 □不明
予後の説明内容		呼吸	□気管切開 □吸引 □酸素投与(　　L/分)
		意識ﾚﾍﾞﾙ	□意識障害 □JCS・GCS(　　)
		リハ施行	□PT □OT □ST
		栄養経路	□経口 □経鼻胃管 □胃ろう(　月　日) □TPN

感染症	疥癬(□+ □ー) 梅毒(□+ □ー) HBs抗原(□+ □ー) HCV抗体(□+ □ー) □多剤耐性緑膿菌(部位　　) MRSA(　+ □痰 □鼻腔 □咽頭 □皮膚 □その他　　□ー　) □その他;
添付資料	□CT □MRI □X-P □ECG □血算 □生化(CRP必須) □尿 □感染症 □その他(　　)

障害評価(　月　日)						
上肢	□ 正常 左右差なし	□ ほぼ正常	□ 肘と手が一緒に口の高さに挙がる	□ 手が乳頭に挙がる	□ わずかな動き	□ 動かない
手指	□ 正常 左右差なし	□ ほぼ正常	□ 何とか指が1本づつ曲げ伸ばしきれる	□ 1本づつ動くが曲げ伸ばしきれない	□ 指全体のまとまった曲げ伸ばしのみ	□ 動かない
股関節の曲げ	□正常左右差なし	□ほぼ正常	□しっかり曲がる	□何とか曲がる	□わずかに曲がる	□動かない
膝の伸ばし	□正常左右差なし	□ほぼ正常	□しっかり伸びる	□何とか伸びる	□わずかに伸びる	□動かない
足首のそり	□正常左右差なし	□ほぼ正常	□しっかりそる	□何とかそる	□わずかにそる	□動かない
座位	□背もたれ無しで座位がとれる	□座位がとれるが傾く、指示にて戻せる	□指示をしても傾いている	□座位がとれない		
感覚障害	□なし	□軽度	□中等度	□脱失	半側空間失認	□なし □マヒ側をみる □正中まではみる □健側のみ
失調	□なし	□軽度	□中等度	□重度	精神障害	□なし □あり(　　)
失行	□なし	□あり	□疑い	記憶障害	□なし □あり(　　)	状況判断能力 □あり □なし
失語 表出	□正常	□軽度障害	□「時計」が呼称できる	□「時計」が呼称できない		
失語 理解	□正常	□軽度障害	□「手を挙げて」の指示が入る	□「手を挙げて」の指示が入らない		
構音障害	□なし	□「パ」「タ」「カ」がしっかり聞き取れる	□なんとか聞き取れる	□聞き取れない		
嚥下障害	□なし	□あり	□嚥下障害食	□ゼリーなどのみ試行	□非経口	

退院時情報(　月　日退院) 記入者　　記入日　月　日			
転院までの増悪等	□変更あり □変更なし	最終処方・インスリン	□変更あり □変更なし □薬歴添付あり(この場合は処方記載不要)

退院後急性期病院での経過観察	□不要 □要　　内容　　(次回診察日)　　年　　月頃
アレルギー	□なし □あり
その他特記事項、禁忌・注意事項	□MRI(　　)

＊送付先：退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。
＊保　管：急性期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用　脳卒中地域医療連携パス　連携シート
看護シート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

看護基本情報（　　月　　日記入）　　記入者名						
患者名(ｲﾆｼｬﾙ可)		生年月日		ID		
合併疾患	□治療要継続　□終診	□治療要継続　□終診	□治療要継続　□終診			
	発症前情報	現在の情報				
身体	体重　　Kg	体重　　Kg　　身長　　cm				
食事動作	□自立　□(　　)介助	□自立　□一部介助　□全介助				
食事内容	□普通食　□(　　)	(　　)食　摂取量(　　割)　□経管栄養　(　　ー　　ー　　)cal				
動作 移動	□自立　□(　　)介助	□独歩　□杖　□歩行器　□車椅子自走　□車椅子乗車(時間　　分/回)　□ﾍﾞｯﾄﾞ				
動作 移動動作	□自立　□(　　)介助	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助				
動作 移乗動作	□自立　□(　　)介助	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助				
意思疎通	□問題なし □(　　)	□可能　□ﾑﾗあり　□不可 ﾅｰｽｺｰﾙ　□可　□不可	ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ手段	□ 口頭　□ ｼﾞｪｽﾁｬｰ □ 筆談　□ その他(　　)		
問題行動 睡眠	□良眠　□断眠　□不眠	□良眠　□断眠　□不眠	眠剤使用	□なし　□時折　□毎晩		
問題行動 精神症状	□問題なし　□(　　)	□普通　□見当識障害　□うつ　□感情失禁　□夜間せん妄　□その他(　　)				
問題行動 問題行動	□なし　□あり(　　)	□なし　□大声　□不穏　□暴力　□不潔　□徘徊　□転倒転落　□昼夜逆転　□その他　)				
問題行動 抑制	□なし　□あり(　　)	□なし　□4点柵　□ミトン　□安全ベルト　□センサー　□(　　)抑制　□その他				
排泄	□自立　□(　　)	□自排尿　□オムツ　□留置カテーテル　□間欠導尿　□その他(　　)				
褥瘡	□なし　□あり(　　)	□なし　□あり(部位　　ケア　　)				
その他						

退院時情報（　　月　　日退院）記入者				記入日　　月　　日
褥瘡	□なし □あり　部位:	ケア内容:	要治療継続合併疾患	
食事栄養 経路	□経口　□経管(品名:(　　)投与量:(　　kcal/日or　　ml/日)			
	経管の場合:投与時間　(　　時間/回)　(□鼻腔　□胃瘻　)　□経口経管併用　□TPN			
食事栄養 水分	□とろみあり(とろみ剤名:　　)(1回量:　　/水　　ml)　□補水量　(　　ml/日)			
食事栄養 形態 主食	□ご飯　□軟飯　□全粥　□ミキサー粥　□その他(　　)			
食事栄養 形態 副食	□ゼリー　□ミキサー　□ペースト食　□軟菜　□刻み食　□常食			
食事栄養 動作	□自立(□補助具使用)、□見守り必要、□一部介助(　　)、□全介助			
食事栄養 摂取量	□全量　□3/4～1/2　□1/2～1/4　□1/4以下　□その他(　　)			
食事栄養 治療食	□なし　□あり(DM食　　kcal　□塩分　　g　□ﾜｰﾌｧﾘﾝ食　□タンパク制限(　　)g			
食事栄養 特記	□禁止食(　　)　□その他(　　)			
口腔の状態	□痛み　□出血　□腫脹　□乾燥　□口臭　□舌苔　□開口障害　□その他(　　)			

排泄			伝達事項		最終交換日	サイズ	種　類
排泄 排尿方法	日中;　　夜間;						
排泄 尿意	□あり　□不明確　□なし			□留置ｶﾃｰﾃﾙ	／	Fr	
排泄 失禁	□なし　□あり			□鼻腔　□胃瘻	／	Fr	
排泄 便意	□あり　□不明確　□なし			□気管切開	／	mm	
排泄 排便ｺﾝﾄﾛｰﾙ	□自立　□内服　□座薬　□GE　□摘便			□その他(　　)	／		
排泄 動作	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助			□その他(　　)	／		
清潔	□入浴自立　□介助浴(頻度:　回/週・介助内容　　)　□機械浴(頻度:　回／週　)　□ﾍﾞｯﾄﾞ上清拭						

日常生活機能評価	患者の状況	得点 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られる	□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・一部介助が必要	□できない
	移動方法	□介助を要しない移動	□介助を要する移動(搬送含む)	
	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	□できるときとできないときがある	□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	□ない	□あり	
	合計得点	点		

その後の経過(ｻﾏﾘｰ代用可)

退院日情報	車椅子乗車可能時間　　分／回　最終排便　　／　　最終排尿　　:								
最終バイタルサイン	体温	度	脈拍		不整脈	□無　□有	血圧	／	SpO_2

＊転院相談時は、看護基本情報と日常生活機能評価を記載してください。転院時、日常生活機能評価は上書きしてください。
＊送付先：退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。
＊保　管：急性期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用　脳卒中地域医療連携パス　連携シート
リハシート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

リハビリテーション基本情報（　　月　　日記入）記入者

患者名（イニシャル可）		生年月日		ID	
リハ開始日	年　　月　　日				

病前の活動状態（家屋内移動・散歩・買い物・旅行）

1. 禁忌（血圧、心拍、SpO2制限など	（記述）
2. リハ拒否など	（記述）
3. 失語	□なし　□あり（　　）　□不明
4. 嚥下障害（有・無）	□なし　□あり（　　）　□不明
5. 端座位	□未実施　□全介助　□部分介助　□自立
6. 立位	□未実施　□全介助　□部分介助　□自立
7. 歩行	□未実施　□全介助　□部分介助　□自立

特記事項

退院時情報（　　月　　日退院）記入者　　記入日　　月　　日

リハ開始日	PT開始日　　年　　月　　日	OT開始日　　年　　月　　日	ST開始日　　年　　月　　日
リハサービス処方単位数/週	PT	OT	ST

骨・関節疾患による禁忌・配慮事項	
その他の配慮事項	

評価項目

1. 機能的・能力的予後：mRS		□0　□1　□2　□3　□4　□5　□6
2. 認知症		□なし　□あり（　　）　□不明
3. 意欲		□なし　□あり　□不明
4. 訓練中のバイタル変動		□なし　□あり（　　）
5. 配慮事項		（記述）
6. 日常的なコミュニケーション手段		（記述）
7. 握力		右　　kg　/左　　kg
8. 痛み		□なし　□あり（　　）
9. Br.stage（手/上肢/下肢）	右	上肢（　　）手指（　　）下肢（　　）
	左	上肢（　　）手指（　　）下肢（　　）
10. 感覚障害（上肢/下肢）	上肢	□なし　□あり（□重度　□中等度　□軽度）　□不明
	下肢	□なし　□あり（□重度　□中等度　□軽度）　□不明
11. ROM制限		□なし　□あり（　　）　□不明
12. 半側空間無視障害		□なし　□あり　□不明
13. 見当識障害		□なし　□あり　□不明
14. 問題行動		（記述）
15. 失語		□なし　□あり　□不明
16. 構音障害（有・無）		□なし　□あり　□不明
17. 嚥下障害（有・無）		□なし　□あり　□不明
検査：VF、VE、水のみテスト（有・無）		□なし　□あり　：□VF　□VE　□水飲みテスト
嚥下訓練開始日		年　　月　　日　（記述）
18. リハ経過(動作練習実施の有無)		
ベッド上動作		□未実施　□実施　：　開始　　年　　月　　日
座位		□未実施　□実施　：　開始　　年　　月　　日
移乗		□未実施　□実施　：　開始　　年　　月　　日
立ち上がり・立位		□未実施　□実施　：　開始　　年　　月　　日
立ち上がり回数		□未実施　□1～10回　□11～20回　□20回以上
歩行		□未実施　□実施　：　開始　　年　　月　　日
応用歩行（階段・屋外など）		□未実施　□実施　：　開始　　年　　月　　日
19. 基本動作能力		
ベッド上動作		□全介助　□部分介助　□自立
端座位		□未実施　□全介助　□部分介助　□自立
立位		□未実施　□全介助　□部分介助　□自立
歩行		□未実施　□全介助　□部分介助　□自立
20. 下肢装具使用（記載）		□なし　□あり：（記述）

FIM	点数
セルフケア	
食事・スプーン	
整容	
入浴(洗い動作)	
更衣（上半身）	
更衣（下半身）	
ﾄｲﾚ動作	
小計	
排泄コントロール	
排尿	
排便	
小計	
移乗	
ﾍﾞｯﾄﾞ・イス・車イス	
ﾄｲﾚ	
浴漕・ｼｬﾜｰ	
小計	
移動	
歩行	
車椅子	
階段	
小計	
ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ	
理解（聴覚・視覚）	
表出（音声・非音声）	
小計	
社会認識	
社会的交流	
問題解決	
記憶	
小計	
□できる　□している FIM合計	

特記事項　リハ内容・途中終了など（ｻﾏﾘｰ代用可）

添付資料	□VF結果　□SLTA結果　□その他（　　）
在宅リハの継続目標 本人・家族の希望	□通院　□通所　□訪問

＊送付先：退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。
＊保　管：急性期病院が作成し、原本を保管してください。

平成30年4月版

千葉県共用　脳卒中地域医療連携パス　連携シート
MSWシート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

医療社会事業基本情報　（　月　日記入）記入者					
患者名(ｲﾆｼｬﾙ可)		生年月日		ID	
居住地	（都道府県）　（市）　☐自宅　☐施設（　）				
同居家族	☐単身　☐配偶者　☐子　☐子の家族　☐その他（　）				
キーパーソン	氏名 (ｲﾆｼｬﾙ)	続柄		連絡先	
保険種別	☐国保　☐社保　☐後期高齢者　☐共済　☐自賠責・第三者行為　☐労災　☐生活保護	担当			
本人の希望	☐不明　☐職場復帰　☐在宅　☐病院（医療・介護）　☐施設				
（　）の希望	☐不明　☐職場復帰　☐在宅　☐病院（医療・介護）　☐施設				
ﾘｽｸ	☐不明　☐経済　☐家屋　☐家族　☐介護				
申請支援	☐未実施　☐介護保険　☐身障手帳　☐特定疾患　☐傷病手当金　☐国保加入　☐生活保護　☐その他（				

特記事項

部屋希望　☐大部屋　☐個室　☐どちらでも可

退院時情報（　月　日退院）記入者　　記入日　月　日※書ける範囲で可											
介護保険入院前	☐不明	☐なし	☐未確認	☐申請中	☐支援1	☐支援2	☐介護1	☐介護2	☐介護3	☐介護4	☐介護5
サービス利用	☐不明	☐住宅改修	☐福祉用具貸与	☐訪問看護	☐通所	☐入所	☐介護	☐その他（　）			
転院時	☐不明	☐不要	☐未確認	☐説明済み	☐申請中	☐認定済み（　）					
ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ	☐不明	☐なし	☐あり	氏名		事業所名			連絡先		
身障手帳	☐不明	☐なし	☐申請中（☐新規	☐等級変更）	☐有（☐入院前に取得	☐今回取得）					
種別等級	☐肢体　級	☐平衡　級	☐音声言語　級	☐そしゃく　級	☐聴覚　級	☐視覚　級	☐内部　級	☐精神　級			
発症前のADL	☐不明	☐自立	☐見守り	☐一部介助	☐全介助						

家族的背景＋心理面		
	本人の方向性の変化	☐不明　☐変わらず　☐職場復帰　☐在宅　☐病院（医療・介護）　☐施設
	希望阻害因子	☐不明　☐経済力　☐介護力不足・介護協力不足等　☐介護者不在　☐住宅改修不可能・住宅構造上　☐病態
	家族の方向性の変化	☐不明　☐変わらず　☐職場復帰　☐在宅　☐病院（医療・介護）　☐施設
	希望阻害因子	☐不明　☐経済力　☐介護力不足・介護協力不足等　☐介護者不在　☐住宅改修不可能・住宅構造上　☐病態

社会的背景＋経済面		
	入院前	☐不明　☐会社員　☐公務員　☐自営（内容）　☐年金（☐老齢　☐遺族　☐障害）　☐無職（　）
	退院時	☐不明　収入：☐なし　☐あり（☐傷病手当金　☐年金（　）　☐生活保護　☐その他（　））

その他		
	住宅環境	☐戸建て（☐所有　☐賃貸）　☐集合住宅（☐所有　☐賃貸）（　）階　EV停止（☐あり　☐なし）　☐その他（　）
	障害となる構造	☐不明　☐なし　☐あり
	在宅移行期に必要なサービス	☐訪問看護（☐指示書記載）　☐訪問介護　☐住宅改修　☐福祉用具 ☐通所系サービス　☐訪問入浴　☐その他（　）

＊送付先：退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。
＊保　管：急性期病院が作成し、原本を保管してください。

平成30年4月版

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
診療情報シート【回復期病院作成用】

発行病院
送り先

患者基本情報　月　日記入					科　医師名		
患者氏名		ID		性別		発症	平成　年　月　日
		生年月日		年齢	歳	入院	平成　年　月　日
機能障害	☐右マヒ　☐左マヒ　☐両マヒ　☐四肢マヒ　☐失調　☐視野障害　☐その他（　　） ☐認知症　改定版長谷川式簡易知能評価スケール　　点　MMSE　　点　☐うつ症状　GDS　　点						
既往症及び生活習慣	☐高血圧　☐糖尿病　☐心房細動　☐心筋梗塞　☐心不全　☐脂質異常症　☐肝機能障害（　　） ☐腎障害（　　）☐認知症（　　）☐脳血管障害（　　）☐MRSA感染症 ☐喫煙　☐飲酒　☐その他（　　）						
入院中合併症	☐肺炎　☐尿路感染　☐症候性てんかん　☐深部静脈血栓症　☐その他（　　）						
回復期入院経過			投薬内容・インスリン	☐薬歴添付・薬剤シートあり（この場合処方記載不要） 自己管理　☐可　☐不可 ☐禁忌薬剤（　　） 朝　昼 夕　夜			
リスク因子	高血圧　コントロール　☐良好　☐不良 高脂血症　コントロール　☐良好　☐不良 糖尿病　コントロール　☐良好　☐不良 心房細動　その他の不整脈　☐あり　☐なし その他		点滴	☐無し　☐あり　終了見込み　　月　日			
			呼吸	☐気管切開　☐吸引　☐酸素投与（　　L/分）			
			意識レベル	☐意識障害　JCS・GCS（　　）			
			栄養経路	☐経口　☐経鼻胃管　☐胃ろう　☐TPN			
病状の安定性	☐安定　☐不安定		排尿	☐自尿　☐間歇導尿　☐膀胱留置カテーテル			
本人への説明							
家族への説明							
感染症	疥癬（☐＋　☐－）　梅毒（☐＋　☐－）　HBs抗原（☐＋　☐－）　HCV抗体（☐＋　☐－）　☐多剤耐性緑膿菌（部位 MRSA（＋☐痰　☐鼻腔　☐咽頭　☐皮膚　☐その他　　☐－）　☐その他						
アレルギー	☐なし　☐あり						
添付資料	☐CT　☐MRI　☐X-P　☐ECG　☐血算　☐生化　☐尿　☐感染症　☐その他（　　）						

障害評価（　月　日）						
上肢	☐正常 左右差なし	☐ほぼ正常	☐肘と手が一緒に口の高さに挙がる	☐手が乳頭に挙がる	☐わずかな動き	☐動かない
手指	☐正常 左右差なし	☐ほぼ正常	☐何とか指が1本づつ曲げ伸ばしきれる	☐1本づつ動くが曲げ伸ばしきれない	☐指全体のまとまった曲げ伸ばしのみ	☐動かない
股関節の曲げ	☐正常左右差なし	☐ほぼ正常	☐しっかり曲がる	☐何とか曲がる	☐わずかに曲がる	☐動かない
膝の伸ばし	☐正常左右差なし	☐ほぼ正常	☐しっかり曲がる	☐何とか曲がる	☐わずかに曲がる	☐動かない
足首のそり	☐正常左右差なし	☐ほぼ正常	☐しっかりそる	☐何とかそる	☐わずかにそる	☐動かない
座位	☐背もたれ無しで座位がとれる	☐座位がとれるが傾く、指示にて戻せる	☐指示をしても傾いている	☐座位がとれない		
感覚障害	☐なし	☐軽度	☐中等度	☐脱失	半側空間失認	☐なし　☐マヒ側をみる　☐正中まではみる　☐健側のみ
失調	☐なし	☐軽度	☐中等度	☐重度	精神障害	☐なし　☐あり（　　）
失行	☐なし	☐あり	☐疑い	記憶障害	☐なし　☐あり（　　）	状況判断能力　☐あり　☐なし
失語 表出	☐正常	☐軽度障害	☐「時計」が呼称できる	☐「時計」が呼称できない		
失語 理解	☐正常	☐軽度障害	☐「手を挙げて」の指示が入る	☐「手を挙げて」の指示が入らない		
構音障害	☐なし	☐「パ」「タ」「カ」がしっかり聞き取れる	☐なんとか聞き取れる	☐聞き取れない		
嚥下障害	☐なし	☐あり	☐嚥下障害食	☐ゼリーなどのみ試行	☐非経口	

退院時情報（　月　日退院）記入者　　記入日　月　日			
変化・経過（転院時情報）	☐変更あり　☐変更なし	最終処方・インスリン	☐変更あり　☐変更なし ☐薬歴添付あり（この場合処方記載不要）
バイタルサイン制限	運動時上限　血圧　脈拍　入浴時上限　血圧　脈拍　体温		
退院後回復期病院での経過観察	☐不要　☐要　内容　（次回診察日）　年　月頃		
その他特記事項、注意事項			

＊送付先：退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院（報告）へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。
＊保　管：回復期病院が作成し、原本を保管してください。

平成30年4月版

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
看護シート【回復期病院作成用】

発行病院
送り先

看護基本情報（　月　日退院）記入者名						記入日　月　日
者名（イニシャル可）		生年月日		ID		
身体	身長	cm	体重	Kg	利き手	□ 右　□左
バイタルサイン	体温	～　度	脈拍	～　回／分	不整脈	□ なし　□ あり
	血圧	収縮期　～		・拡張期　～		
	SPO2	～　%				
処置	□ なし　□ あり　部位（　）処置方法（					
褥瘡	□ なし □ あり　部位（　）大きさ（　）グレード（　） 処置方法（					
意思疎通	ナースコール：□ 可　□ 不可 補聴器：□ なし　□ あり	コミュニケーション手段	□ 口頭　□ ジェスチャー □ 筆談　□ その他（　）			
睡眠	□ 良眠　□ 断眠　□ 不眠　眠剤（　）：□ なし　□ 時々　□ 毎晩					
精神行動と症状	精神症状	□ なし　□ うつ　□ 感情失禁　□ 夜間せん妄　□ その他（　）				
	行動症状	□ 大声　□ 不穏　□ 暴力　□ 不潔　□ 徘徊　□ 転倒転落　□ 昼夜逆転　□ その他（				
	対応	□ なし　□ 4点柵　□ ミトン　□ センサー　□ 四肢抑制　□ 体幹抑制　□ その他（				
移動	□自立歩行　□介助歩行　□杖　□歩行器　□車椅子自操　□車椅子乗車（時間　分／日）　□ストレッチャー					

食事栄養		
	経路	**□経口、 □経管摂取**（銘柄、投与量）（　）kcal、 投与時間（　時間/回）（□鼻腔　□胃瘻　□経口訓練併用）　□T
	形態	主食　**□ご飯、 □軟飯、 □全粥、 □ミキサー粥**
		副食　**□ゼリー、□ゼリー食、□ミキサー・ペースト食、□やわらか食、□軟菜・刻み食、□常食**（下記の副菜コメント参照）
	水分	**□とろみあり、**（トロミの強さ　□弱め、 □強め）、（とろみ剤の銘柄・分量など　）、 水分量（　ml）
	動作	□自立（□補助具使用）、 □見守り必要、 □一部介助（　）、 □全介助
	摂取量	□全量　□3/4～1/2　□1/2～1/4　□1/4以下　□その他（　）
	治療食	**□なし　□あり**（DM食　kcal　□塩分　g　□ﾜｰﾌｧﾘﾝ食　□タンパク制限（　）g
	特記	□禁止食（　）　□その他（　）
口腔の状態	□痛み　□出血　□腫脹　□乾燥　□口臭　□舌苔　□開口障害　□その他（　）	

排泄			伝達事項				
	方法	日中；　夜間；			次回交換日	サイズ	種類
	尿意	□ あり　□ 不明確　□ なし		□ 留置ｶﾃｰﾃﾙ	／	Fr	
	失禁	□ なし　□ あり		□ 鼻腔　□胃瘻	／	Fr	
	便意	□ あり　□ 不明確　□ なし		□ 気管切開	／	mm	
	排便ｺﾝﾄﾛｰﾙ	最終排便　／		□ その他（	／		
	動作	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助		□ その他（	／		

入浴			
一般浴（□自立　□介助）　シャワー浴（□自立　□介助）	バイタル上限		
□機械浴　□ベッド上清拭	バイタル下限		

日常生活機能評価	患者の状況	得点 0点	得点 1点	得点 2点	特記事項
	床上安静の指示	□ なし	□ あり		義歯　□なし　□あり
	どちらかの手を胸元まで持ち上げられ	□ 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・一部介助が必要	□ できない	
	移動方法	□ 介助を要しない移動	□ 介助を要する移動（搬送含む）		
	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	□ できるときできないときがある	□ 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	□ はい	□ ある		
	合計得点	点			

入院中の経過

家族指導　月　日 指導を受けた方（　）	指導内容	□ 移動・移乗指導　□ 食事（経管）・栄養指導　□ 服薬指導 □ 排泄（オムツ）・トイレ指導　□ 更衣指導　□その他（　）

退院日ﾊﾞｲﾀﾙｻｲﾝ	体温	度	脈拍	回／分	不整脈	□ なし □ あり	血圧	／　mmhg	SpO_2	%

＊送付先：退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院（報告）へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。
＊保　管：回復期病院が作成し、原本を保管してください。

平成30年4月版

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
リハシート【回復期病院作成用】

発行病院

送り先

リハビリテーション退院時情報（　　退院）記入者		記入日

患者名（イニシャル可）		生年月日		ID	
担　当	担当PT	担当OT	担当ST		
リハ開始日	PT開始日	OT開始日	ST開始日		
リハサービス処方単位数/週	PT	OT	ST		
禁忌・配慮事項					
リハ拒否など					

評価項目		
	1. 認知症	□なし □あり □不明（　　）
	2. うつの有無 □評価困難	□無し □あり （□軽症 □中等症 □やや重症 □重症 ）　　点
	2. 意欲	□なし □あり □不明（　　）
	4. 訓練中のバイタル変動	□なし □あり（　　）
	5. 日常的なコミュニケーション手段	□発語 □筆談 □Yes/No □その他（　　）
	6. 握力	右　　kg　左　　kg
	7. 痛み	□なし □あり（　　）
	8. Br.stage（手/上肢/下肢）	右（上肢:　　手指:　　下肢:　　）左（上肢:　　手指:　　下肢:　　）
	9. 感覚障害（上肢/下肢）	□なし □あり: 上肢 □重度 □中等度 □軽度 下肢 □重度 □中等度 □軽度
	10. ROM制限	□なし □あり（　　）
	11. 見当識障害	□なし □あり（　　）
	12. 問題行動	□なし □あり（　　）
	13. 半側空間無視障害	□なし □あり（　　）
	14. 失語	□正常 □あり（　　）
	15. 失行・失認	□なし □あり（　　）
	16. 記憶障害	□なし □あり（　　）
	17. 注意障害	□なし □あり（　　）
	18. 遂行機能障害	□なし □あり（　　）
	19. 構音障害（有・無）	□なし □あり（　　）
	20. 嚥下障害（有・無）	□なし □あり（　　）
	検査：VF、VE、水のみテスト（有・無）	□なし □あり: □VF □VE □水飲みテスト
	嚥下訓練開始日	記述
	21. 基本動作能力	
	ベッド上動作	□全介助 □部分介助 □見守り □自立（　　）
	座位	□全介助 □部分介助 □見守り □自立（　　）
	立位	□全介助 □部分介助 □見守り □自立（　　）
	院内歩行	□全介助 □部分介助 □見守り □自立　連続歩行距離約　　m
	屋外歩行	□全介助 □部分介助 □見守り □自立　連続歩行距離約　　m
	階段昇降	□全介助 □部分介助 □見守り □自立（　　）
	22. 下肢装具使用（配載）	□なし □あり:（記述）

FIM		入院時点数	退院時点数	福祉用具・介助方法等	FIM（下のセルで退院時移動を選択）		入院時点数	退院時点数	福祉用具・介助方法等
セルフケア	食事・スプーン				移動	歩行			
	整容					車イス			
	入浴（洗い動作）					階段			
	更衣（上半身）					小計			
	更衣（下半身）				コミュニケーション	理解（聴覚・視覚）			
	トイレ動作					表出（音声・非音声）			
	小計					小計			
排泄	排尿				社会認識	社会的交流			
	排便					問題解決			
	小計					記憶			
移乗	ベッド・イス・車イス					小計			
	トイレ				FIM合計				
	浴槽・シャワー				日常生活関連動作	□実施 □未実施			
	小計								

発症から90日後のmRS	点	0点：まったく症状がない　1点：症候はあっても明らかな障害はない　2点：軽度の障害　3点：中等度の障害 4点：中等度から重度の障害　5点：重度の障害　6点：死亡
家屋調査の有無	□有 □無	
必要性のある環境設定		
退院後リハの継続目標		
家族指導	□無 □有（家族指導内容）	
添付資料	□VF結果 □SLTA結果 □家屋調査報告書 □その他（　　）	

特記事項　リハ内容など（サマリー代用可）

＊送付先：退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院（報告）へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

＊保　管：回復期病院が作成し、原本を保管してください。

令和5年12月版

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
MSWシート【回復期病院作成用】

発行病院
送り先

医療社会事業基本情報（　月　日退院）記入者				記入日　月　日
患者名(イニシャル可)		生年月日		ID
居住地	（都・道・府・県）　（市）　□自宅（　方）　□施設（　）			
同居家族	□単身　□配偶者　□子　□子の家族　□両親　□兄弟姉妹　□その他（　）			
キーパーソン	氏名（イニシャル可）	続柄		連絡先
介護力・主介護者	□あり　□なし	□配偶者　□子（　）　□子の家族（　）　□両親　□兄弟姉妹　□その他（　）		
保険種別	□国保　□社保　□後期高齢者　□共済　□自賠責・第三者行為　□労災　□生保	担当		
社会福祉制度等申請状況	□未申請　□介護保険　□身障手帳　□傷病手当金　□生活保護　□特定疾患　□その他（　）			
発症前のADL	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助			

発症前の社会・生活状況の概要　　家族構成

介護保険	□申請中　□支援1　□支援2　□介護1　□介護2　□介護3　□介護4　□介護5	
サービス調整状況	□なし　□住宅改修　□福祉用具貸与　□訪問介護　□通所　□入所　□その他（　）	
ケアマネージャー	□なし　□あり　氏名　事業所名　連絡先	
障害者手帳	□身体障害者手帳（肢体　級；平衡　級；音声言語　級；そしゃく　級；聴覚　級；視覚　級；内部　級）	□申請中　□なし
	□精神障害者保健福祉手帳（　級）	□申請中　□なし
	□療育手帳（□A　□Aの1　□Aの2　□Bの1　□Bの2）	□申請中　□なし
在宅主治医	医療機関名　主治医名　連絡先	
歯科医	医療機関名　主治医名　連絡先	

家族的背景＋心理面	本人の方向性	□変わらず　□職場復帰　□在宅　□病院（医療・介護）　□施設　□未定　□その他
	希望阻害因子	□経済力　□介護力不足・介護協力不足等　□介護者不在　□住宅改修不可能・住宅構造上　□病態　□職場調整
	家族の方向性	□変わらず　□職場復帰　□在宅　□病院（医療・介護）　□施設　□未定　□その他
	希望阻害因子	□経済力　□介護力不足・介護協力不足等　□介護者不在　□住宅改修不可能・住宅構造上　□病態　□職場調整
社会的背景＋経済面	発症前	□会社員　□公務員　□自営　□無職　□その他（　）　□年金（□老齢　□遺族　□障害）
	退院時	収入　□なし　□あり　□傷病手当金　□年金（　）　□生活保護　□預貯金　□その他（　） □課税　□非課税
その他	住宅環境	□戸建て（□所有　□賃貸）　□集合住宅（□所有　□賃貸）（　）階　EV停止（□あり　□なし）　□その他（　）
	障害となる構造	□階段；　□屋外　□屋内（手すり；□なし　□上り左　□上り右　□両方）　□家への出入り □段差（□浴室　□ﾄｲﾚ　□廊下　□玄関）　□ﾄｲﾚ　□浴漕　□その他（　）
	改修状況（済=レ点）	□階段；　□屋外　□屋内（手すり；□なし　□上り左　□上り右　□両方）　□家への出入り □段差（□浴室　□ﾄｲﾚ　□廊下　□玄関）　□ﾄｲﾚ　□浴漕　□その他（　）
退院後の生活の場	□自宅　□家族宅　□有料老人ホーム等　□介護施設等　□療養病床　□その他（　）	

＊送付先：退院時に、かかりつけ医等及び急性期病院（報告）へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

＊保　管：回復期病院が作成し、原本を保管してください。

平成30年4月版

千葉県共用　脳卒中地域医療連携パス　連携シート
歯科診療情報シート【急性期/回復期病院作成用】　　発行病院　　送り先

歯科基本情報　　月　　日記入　　歯科・口腔外科　歯科医師名			
患者氏名		ID	
口腔衛生/自立度	歯磨き	☐自立　☐一部介助　☐全介助	
	うがい	コップの水を自分で口に含むこと（☐できる　☐できない）	
		☐強いうがいができる　☐口に含む程度　☐飲み込んでしまう　☐むせる	
	義歯着脱	☐自立　☐着脱のどちらかを介助(☐着　☐脱)　☐全介助	
	義歯清掃	☐自立　☐一部介助　☐全介助	
	義歯管理	☐自立　☐一部介助　☐全介助	
口腔ケア用具等		☐歯ブラシ　☐電動歯ブラシ　☐スポンジブラシ　☐義歯ブラシ　☐保湿剤　☐義歯洗浄剤　☐その他(　　)	
専門職による口腔ケアの必要性の有無		☐なし　☐あり	
う蝕		☐なし　☐あり(☐緊急を要する　☐いずれ治療が必要　部位:　　)	
歯肉炎・歯周炎		☐なし・軽度　☐中等度　☐重度	
口腔乾燥		☐なし　☐軽度　☐重度	
その他粘膜疾患		☐なし　☐あり（　　）	
義歯の状況	有無	上顎　☐あり(☐使用　☐不使用)　☐なし 下顎　☐あり(☐使用　☐不使用)　☐なし	
	適合状況	上顎　☐良好　☐不適合・破損	
		下顎　☐良好　☐不適合・破損	
	使用状況	☐就寝時以外常時使用　☐食事時のみ　☐不使用　☐その他(　　)	
	清掃状況	☐良好　☐要改善	
治療の必要性の有無		☐なし　☐あり(☐う蝕　☐義歯　☐その他:　　)	
嚥下機能の評価	検査	☐未　☐VF　☐VE　☐その他(　　)	
	所見		
	嚥下訓練の内容		
嚥下訓練の必要性の有無		☐なし　☐あり(　　)	
その他特記事項等			
		最終歯科受診日	

歯肉:【なし・軽度】総義歯又はほぼ縁上歯石に限られる状態【中等度】ほとんどの部位に縁下歯石が及ぶもの【重度】ほとんどの歯に縁下歯石が認められ、多くの動揺歯が存在する
口腔乾燥:【軽度】唾液の粘性亢進、やや唾液が少ない、唾液が糸を引く、泡が見られる等の状態【重度】唾液が舌粘膜上に見られない状態
その他関連情報は以下シートをご参照ください。
感染症状況・アレルギー状況・・・診療情報シート（急性期・回復期）
PT-INR等データ・・・添付資料
肺炎の状況等・・・看護シート
薬剤情報・・・薬剤シート
構音障害の状況・・・リハシート
食事・栄養の状況・・・栄養シート

退院後できるだけ早期にこのシートをかかりつけ歯科医にご提示ください。　平成30年4月

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート

薬剤シート

発行機関
送り先

患者基本情報　（　　年　　月　　日記入）				薬剤師名			
患者氏名		生年月日		年齢		性別	
薬剤の管理者	□本人　□家族｛□夫・妻　□その他（　　）｝　□施設（施設名：　　）□その他（　　）						
指導上の注意	アドヒアランス：　□良好　□不良						
服用方法	□経口　□胃管　□胃ろう　□その他（　　）						

副作用・アレルギー　※可能ならば原因薬剤と年月日を記載

□あり　□なし　□不明

服用薬剤

※ 現在服用中の全薬剤（内服薬・外用薬・注射薬等、定時薬・臨時薬）を記録する。
※「粉砕／脱カプセル」・「簡易懸濁」は、現在の状況についてチェック（✓）を入れる。
※ 数種類の散剤、軟膏剤を混合している場合には、内容も記録する。
※「医療機関等」には、「処方した医療機関、調剤した薬局」の欄より対応する番号を記載する。

No.	調剤医薬品	先発医薬品	用法・用量	粉砕等	簡易懸濁	4週間以上服用	医療機関等
				□	□	□	
				□	□	□	
				□	□	□	
				□	□	□	
				□	□	□	
				□	□	□	
				□	□	□	
				□	□	□	
				□	□	□	
				□	□	□	
				□	□	□	
				□	□	□	

調剤に関する特記事項

その他（臨床検査値、TDM、薬剤変更の経緯、経時記録など）

一般用医薬品、健康食品等	医療機器・医療材料
□不明　□あり　□なし	□血糖自己測定器　□その他　□なし

処方した医療機関、調剤した薬局

	医療機関等の名称	TEL	FAX	備考
①				
②				
③				
④				
⑤				

※かかりつけ薬局には〇を付けること。

※ 院外処方せんを発行する際には、「薬剤シート（本シート）」および「診療情報シート」の写しを添付してください。患者さんへは処方せんと写しを合わせて薬局に提示するように説明してください。

千葉県栄養情報連携シート　　発行施設

患者氏名：　　様　　連絡先：□直通 □代表

生年月日：　年　月　日　歳　　作成日　年　月　日

作成者

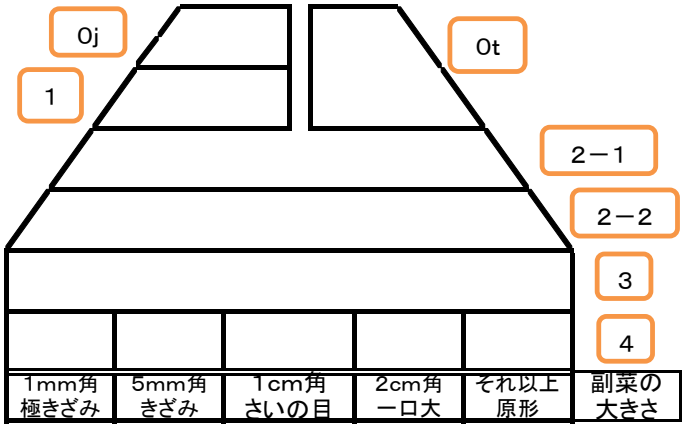
計測日　性別：□男 □女　　送り先　　□急性期 □回復期 □生活期

身長：　cm（　）　BMI：

体重：　kg（　）標準体重：　kg　　上記栄養士への説明日　年　月　日

※入院時体重（測定記録があれば記入）：　kg（入院日：　）

＜分類シート＞　分類シートにあてはまる食種の場合には〇で囲む。あてはまらない場合には分類シートの記載なし。
※日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食学会分類2021　参考



飲水とろみの状態
□ 段階0　とろみなし
□ 段階1　薄いとろみ
□ 段階2　中間のとろみ
□ 段階3　濃いとろみ

＜最新の食事情報＞　月　日時点　□経口　□経管　□静脈栄養

食種　　エネルギー　kcal　たんぱく質　g

摂取量：主　%　副　%　kcal　　経管水分量　□追加　□総量　ml

食物アレルギー・薬効による禁止食　□なし □あり

経管栄養・静脈栄養の内容投与回数等

現在の食事に関する特記事項

★義歯、褥瘡について 嗜好による禁止食品 補助食品の使用 についてなど	

＜入院中の栄養管理に関わる事項＞　**※以下は任意記載（栄養情報連携シートの場合には記載）**

GLIM基準評価 □非対応

判定：□低栄養非該当 □低栄養（□中等度低栄養□重度低栄養）
該当項目：表現型（□体重減少□低BM□筋肉量減少）
病因（□食事摂取量減少/消化吸収能低下□疾病負荷/炎症）

★必要栄養量
エネルギー：　kcal　たんぱく質：　g　その他の制限等：

栄養量決定の根拠など：

★経過中の特記事項
〈時期〉　〈食事内容（学会分類）・提供栄養量・摂取量・その他について〉

★栄養指導　□なし □あり　月　日　（対象）
（指導内容）　□別紙あり