

わたしの道しるべ

氏名

様 (生年月日:M・T・S 年 月 日 年齢: 歳) 男・女

病名: 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 ()

急性期病院()病院 → 回復期リハビリテーション()病院 → 生活期(維持期)リハビリテーション()

入院日: 年 月 日 入院日: 年 月 日 到達目標:

- 【初診時の状態】 (/)
- 意識障害 ()
 - 運動障害 ()
 - 言語障害 ()
 - 嚥下の状態 ()
 - その他の症状 ()
 - 既往歴・アレルギーなど ()

【あなたのリハコース】

短期コース (BI 85~100) 一人で歩ける	
標準コース (BI 55~80) 一人で座れる 一人で立てる	
長期コース (BI 0~50) 一人で座れない	

リハビリを
継続します



【身の回りの動作の練習】

- 【治療】
- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> t-PA療法 | <input type="checkbox"/> 気管切開 (/) | <input type="checkbox"/> 血圧のコントロール |
| <input type="checkbox"/> 抗血小板療法・抗凝固療法 | <input type="checkbox"/> 胃ろう (/) | <input type="checkbox"/> 血糖のコントロール |
| <input type="checkbox"/> 手術 () | <input type="checkbox"/> その他 (/) | <input type="checkbox"/> コレステロールコントロール |
| () | <input type="checkbox"/> インプラント (/) | <input type="checkbox"/> 尿酸コントロール |
| () | MRI 対応 可・不可 | <input type="checkbox"/> お酒をひかえる |
| () | 設定など () | <input type="checkbox"/> タバコをやめる |
| <input type="checkbox"/> 透析 | | |
- * 経過中に急変した時は医療機関へ連携します

【在宅復帰、入所、転院の際の準備 (主治医・看護師・他の病院スタッフへの相談) など】

- 転院・入所について
- 地域連携パス説明
 - 転院相談・調整
 - 転院予定先決定
 - 転院・入所先面接日 (/)
 - 転院日 (/)

- 介護保険・身体障害者手帳申請について
- 介護保険意見書作成及び説明
 - 介護保険の申請
 - 訪問調査日 (/)
 - 初回認定結果 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)
 - 身体障害者診断書の申請(3ヶ月以降)
 - 初回身体障害者認定 () 級

- ケアマネジャー決定
- 氏名: _____
- 事業所名: _____
- 連絡先(TEL): _____

- 退院準備
- 介護指導
 - 食事について
 - トイレ・おむつ
 - 着替えの方法

- 退院前訪問
- 家屋調査 (/)
- 住宅改修 要・不要
 - 福祉用具
 - ベット
 - 車いす
 - スロープ
 - 手すり
 - その他 ()

- かかりつけの選択
- かかりつけ医 サービス担当者会議 (/)
- () 病院・医院・診療所
- 医師 ()
- その他の通院 ()
- ()
- ()
- ()

「東近江地域連携診療計画書 脳卒中」を参考に作成しています。