

	担当者 宛【経過報告書兼依頼書】	シームレスID (患者ID)
--	------------------	----------------

フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢
	様 女	昭和49年1月1日	生 48
診断名 (部位)	発症日	明治33年1月0日	入院日
	治療予定	0	手術日
	入院時状況	NIHSS 0/42 JCS 0	GCS

FIM (7:完全自立 6:修正自立 5:監視 4:最小介助 3:中等度介助 2:最大介助 1:全介助)																							
初回時	運動 0点 認知 0点 合計 0/126点																						
退院時	運動 0点 認知 0点 合計 0/126点																						
<b>セルフケア</b>	<b>移動</b>																						
<table border="1"> <tr><th>初回</th><th>退院</th></tr> <tr><td>食事</td><td></td></tr> <tr><td>整容</td><td></td></tr> <tr><td>清拭</td><td></td></tr> <tr><td>更衣(上半身)</td><td></td></tr> <tr><td>更衣(下半身)</td><td></td></tr> <tr><td>トイレ動作</td><td></td></tr> </table>	初回	退院	食事		整容		清拭		更衣(上半身)		更衣(下半身)		トイレ動作		<table border="1"> <tr><th>初回</th><th>退院</th></tr> <tr><td>車椅子</td><td></td></tr> <tr><td>歩行</td><td></td></tr> <tr><td>階段</td><td></td></tr> </table>	初回	退院	車椅子		歩行		階段	
初回	退院																						
食事																							
整容																							
清拭																							
更衣(上半身)																							
更衣(下半身)																							
トイレ動作																							
初回	退院																						
車椅子																							
歩行																							
階段																							
<b>移乗</b>	<b>排泄コントロール</b>																						
<table border="1"> <tr><th>初回</th><th>退院</th></tr> <tr><td>ベッド、椅子、 トイレ</td><td></td></tr> <tr><td>浴槽、シャワー</td><td></td></tr> </table>	初回	退院	ベッド、椅子、 トイレ		浴槽、シャワー		<table border="1"> <tr><th>初回</th><th>退院</th></tr> <tr><td>排尿コントロール</td><td></td></tr> <tr><td>排便コントロール</td><td></td></tr> <tr><td>特記</td><td></td></tr> </table>	初回	退院	排尿コントロール		排便コントロール		特記									
初回	退院																						
ベッド、椅子、 トイレ																							
浴槽、シャワー																							
初回	退院																						
排尿コントロール																							
排便コントロール																							
特記																							
	<b>社会的認知</b>																						
	<table border="1"> <tr><th>初回</th><th>退院</th></tr> <tr><td>社会的交流</td><td></td></tr> <tr><td>問題解決</td><td></td></tr> <tr><td>記憶</td><td></td></tr> </table>	初回	退院	社会的交流		問題解決		記憶															
初回	退院																						
社会的交流																							
問題解決																							
記憶																							
	<b>コミュニケーション</b>																						
	<table border="1"> <tr><th>初回</th><th>退院</th></tr> <tr><td>理解</td><td></td></tr> <tr><td>表出</td><td></td></tr> </table>	初回	退院	理解		表出																	
初回	退院																						
理解																							
表出																							
	<b>退院時の身体状況</b>																						
	身長 <input type="text"/> cm																						
	体重 <input type="text"/> kg																						

<b>現病歴</b>	
<b>既往歴</b>	
<b>転院時の薬物療法</b>	
酸素投与	<input type="text"/> %/分
アレルギー	<input type="text"/>
感染症	<input type="text"/>
気切	<input type="text"/>
最終交換日	<input type="text"/>

<b>発症日から 90日目のmRS</b>	
発症日	<input type="text"/>
90日目	<input type="text"/>
mRS	<input type="text"/>

<b>回復期へ転院 180日目</b>	
転院日	<input type="text"/>
180日目	<input type="text"/>

180日を超える理由	
<input type="checkbox"/>	状態不良
<input type="checkbox"/>	療養病棟へ転棟
<input type="checkbox"/>	脳卒中再発
<input type="checkbox"/>	他疾患( )発症
<input type="checkbox"/>	在宅に向けて調整中
<input type="checkbox"/>	施設待機中
<input type="checkbox"/>	医療的事由で調整困難 ( )
<input type="checkbox"/>	社会的理由で調整困難 ( )
<input type="checkbox"/>	その他( )

<b>入院前情報</b>	
生活場所	<input type="text"/>
キーパーソン	人暮らし
家屋環境	<input type="text"/>
寝具	<input type="text"/>
トイレ	<input type="text"/>
生活場所	<input type="text"/>
介護認定	<input type="text"/>
身障手帳	<input type="text"/>
寝たきり度	<input type="text"/>
認知症老人自立度	<input type="text"/>
担当ケアマネージャー	<input type="text"/>
サービス利用	<input type="text"/>
ADL	
食事	<input type="text"/>
排泄	<input type="text"/>
更衣	<input type="text"/>
入浴	<input type="text"/>
移動	<input type="text"/>
病前の状態	
意識障害	<input type="text"/>
運動障害	<input type="text"/>
視力障害	<input type="text"/>
その他	<input type="text"/>
職業	<input type="text"/>
かかりつけ医	<input type="text"/>
紹介医	<input type="text"/>

<b>退院時状態</b>	
NIHSS	<input type="text"/> /42
寝たきり度	<input type="text"/>
認知症老人自立度	<input type="text"/>
合併症	<input type="text"/>
認知症	<input type="text"/>
監視・抑制	<input type="text"/>
補聴器の使用	<input type="text"/>
入浴	最終実施 <input type="text"/>
排泄	最終排便 <input type="text"/>
最終膀胱留置カテーテル	交換日 <input type="text"/>
Fr	<input type="text"/>
定水	<input type="text"/>
cc	<input type="text"/>
日常生活機能	<input type="text"/> /19
栄養	ルート <input type="text"/>
食事の種類	《主食》 <input type="text"/> コード <input type="text"/>
	《副食》 <input type="text"/> コード <input type="text"/>
水分ロミ	<input type="text"/>
義歯	自働食具 <input type="text"/>
	歯科受診 <input type="text"/>
経管栄養の種類	<input type="text"/> (製品名)
半固形化	<input type="text"/>
投与量	朝 <input type="text"/> ml 昼 <input type="text"/> ml 夜 <input type="text"/> ml
白湯	<input type="text"/>
チューブ	種類 <input type="text"/> 固定部位 <input type="text"/> cm固定
	最終交換日 <input type="text"/>
	PEG等造設日 <input type="text"/>
吸引実施	<input type="text"/>
その他処置等	<input type="text"/>

<b>コメント</b>	
[ 主治医 ]	氏名 <input type="text"/>
[ 看護師 ]	氏名 <input type="text"/>
[ MSW ]	氏名 <input type="text"/>

<b>退院時情報</b>	
生活場所	<input type="text"/>
職業復帰	<input type="text"/>
復帰予定日	<input type="text"/>
かかりつけ医	<input type="text"/>
担当ケアマネージャー	<input type="text"/>
事業所	<input type="text"/>
担当	<input type="text"/>
介護認定	<input type="text"/>
身障手帳	<input type="text"/>
寝たきり度	<input type="text"/>
認知症老人自立度	<input type="text"/>
<b>ケアプラン</b>	
訪問看護	<input type="text"/> 回 / 週
訪問介護	<input type="text"/> 回 / 週
訪問リハ	<input type="text"/> 回 / 週
通所介護	<input type="text"/> 回 / 週
通所リハ	<input type="text"/> 回 / 週
福祉用具	<input type="text"/>
<b>住宅改修箇所</b>	
キーパーソン	<input type="text"/>
担当MSW	<input type="text"/>

●施設名

●資格別コメント

退院時情報

基礎情報	リハへの協力	禁忌・配慮事項・訓練中のリスク等 <small>*特記がある場合のみ</small>
	趣味嗜好や興味など特記 <small>*ある場合のみ</small>	目標値 血圧上限 / 脈拍上限
	その他:リハ中断がある場合はその理由を記載	

共通評価項目	1 認知機能低下	(HDS-R /30) (* MMSE 必要時 /30)
	2 見当識障害	
	3 日常的なコミュニケーション手段	<input type="checkbox"/> 発話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> yes/no <input type="checkbox"/> 他
		<input type="checkbox"/> 補聴器
	4 Brunnstrom.Stage	急性期退院時 <input type="checkbox"/> 右 上肢 0 手指 0 下肢 0 <input type="checkbox"/> 左 上肢 0 手指 0 下肢 0 回復期退院時 <input type="checkbox"/> 右 上肢 手指 下肢 <input type="checkbox"/> 左 上肢 手指 下肢
	5 筋緊張異常	
	6 協調性障害	
	7 感覚障害	
	8 関節可動域制限	
	9 筋力	握力(kg) 右 左
10 疼痛		

個別評価項目	11 高次脳機能障害	症状 1 2 3 4 5
	12 基本動作能力	点数 * 安定性や条件等記載(実施していない場合は、非実施と記載)
		寝返り
		起き上がり
		坐位保持 * 開始日 /
		立ち上がり
		立位保持
		ABMS II 合計点数 0 点 (禁止(非実施):1点、全介助:2点、部分介助:3点、見守り:4点、修正自立:5点、自立:
		歩行 * 開始日 / 手段: * 10m歩行速度 秒 / 歩 * 測定出来た場合
		階段
13 STEF	右 点 左 点 * 測定出来た場合のみ 特記	
14 嚥下・言語	嚥下障害の有無 嚥下グレード 摂食機能療法算定開始 失語症の有無 失語症タイプ 重症度 構音障害の有無 発話明瞭度	
他	15 装具使用	

**\*コメント** \* ADL上特記すべきことや経過において記す必要がある場合のみ  
\* 添付書類がある場合はありにチェックし書類名を記入  
\* プログラム内容で特記すべきことがある場合

[ 理学療法士 ]	氏名	添付書類	<input type="checkbox"/> あり
[ 作業療法士 ]	氏名	添付書類	<input type="checkbox"/> あり
[ 言語聴覚士 ]	氏名	添付書類	<input type="checkbox"/> あり