

脳卒中診療情報提供書

急性期⇒回復期

(Ver5)

氏名	男/女	生年月日 M,T,S 年 月 日
現住所		電話
発症日: 年 月 日	入院日: 年 月 日	
診断:		
既往:		
脳卒中危険因子: 高血圧 <input type="checkbox"/> , 不整脈 <input type="checkbox"/> , 心疾患 <input type="checkbox"/> , 高脂血症 <input type="checkbox"/> , 糖尿病 <input type="checkbox"/> , 肥満 <input type="checkbox"/> , 高尿酸血症 <input type="checkbox"/>		
脳卒中詳細: 初回 再発		
I : 脳梗塞 a) 発症機序 血栓性 塞栓性 血行動態性 b) 臨床病型 アテローム血栓性、心房塞栓性、ラクナ、その他		
II : 脳出血、 III : くも膜下出血、 IV その他 ()		
部位: 右 左 前頭、頭頂、側頭、後頭、皮質下、内包、視床、被殻、小脳、脳血管 ()		
CT/MRI/アンギオ/エコーの所見:		
現病歴: 脳卒中急性期治療 ハスチン、カクロット、ラジカット、グリセオール t-PA 手術実施日 (年 月 日) 手術内容 ()		
	発症時の所見	現在 (年 月 日)
意識レベル JCS:		
上肢麻痺	なし 右(軽度・中程度・重度) 左(軽度・中程度・重度)	なし 右(軽度・中程度・重度) 左(軽度・中程度・重度)
下肢麻痺	なし 右(軽度・中程度・重度) 左(軽度・中程度・重度)	なし 右(軽度・中程度・重度) 左(軽度・中程度・重度)
<現在の状態>		
痴呆、高次脳機能障害	なし あり ()	
意思疎通の問題(失語、構音障害、聴覚障害)	なし あり ()	
視力、視野、眼球運動の問題	なし あり ()	
感覚障害、異常感覚等の訴え	なし あり ()	
失調、錐体外路症状、立位バランス障害	なし あり ()	
口頭命令入力	良好 / 不確実 / 不可	
見当識障害	なし あり ()	

現在の全身管理上の問題 高血圧□、虚血性心疾患□、心不全□、呼吸不全□、血糖管理□ 発熱歴□、MRSA培養結果(感染兆候のある場合)(-/+)		
Tb治療歴 あり□ なし□ 喀痰 あり□ なし□ レントゲン所見		
内服 脳梗塞再発予防剤 プレタール、パナルジン、アスピリン、ワーファリン		
現在の所見		
気管切開 □	吸 引 □(頻度 /day)	褥創 □(部位)
基本動作 車椅子座位耐性 車椅子移乗 歩行	十分/低下 実施せず 自立 監視 軽介助 全介助 実施せず 自立 監視 軽介助 全介助 実施せず	
栄養摂取 方法 経口摂取の動作 嚥下障害	経口 NGtube IVH末梢DIV 胃ろう 自立 監視 介助 実施せず なし あり()不明	
排泄 尿失禁 便失禁 排泄器具、場所等 排泄動作	なし あり 不明 なし あり 不明 バルン おむつ しびん 差込便器、ポータブル、病棟トイレ 自立 監視 軽介助 全介助 実施せず	
不穩、不眠、危険行為、問題行動	なし あり()	
家族に対する機能予後説明	なし、あり()	
家族、介護等の問題		

平成 年 月 日

所在地 _____

電 話 _____

医師氏名 _____

診療情報提供書、急性期⇒回復期(Ver5)の作成に関して

1)以下の項目に一つでも当てはまる患者様は、最近の血算、生化のデータをご添付してください

- a)「内科的合併症が重度」の患者様
- b)「経口摂取していない」患者様
- c)「リハビリが始まっていない」患者様

2)本情報提供書のやりとりについて

a)FAXで送信する場合は、氏名はイニシャルのみにする。

住所、電話番号は伏せる。オリエンテーションのため、更に家族の来院を依頼することもある。

b)家族が来院し手渡しする場合は、氏名を記入する。

3)項目に関する追加説明

「既往」欄は重複することもあるが、脳卒中危険因子以外の内容を想定した。

現在の病棟の機能」欄の気管切開、吸引、褥創および、不穏、不眠、危険行為、

問題行動については病棟看護の面が大きいので、全身管理ではなく、病棟機能欄に

記載とした。嚥下障害もこの欄に記載。

ソーシャルワーク的内容について極力絞りました。

できれば、急性期病院におけるリハビリテーションを含めたその後治療についてのオリエンテーションの充実を望みたい。

〒337-0012 さいたま市見沼区東宮下字西196

さいたま記念病院

FAX:048-685-3155

TEL:048-686-3111

※診療情報提供書をプリントアウトしてご利用ください。