

Data Base	病名: 脳卒中 () 部位:	既往歴:	アレルギー:
発症前情報	住居:	連絡先:	キーパーソン: (続柄:)
入院時情報	発症日:平成 年 月 日 入院日:平成 年 月 日	手術: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手術日:平成 年 月 日 手術名:)	発症後合併症:

適応基準	意識障害のない、脳血管障害	転院基準と時期の目安	急性期治療が終了し、合併症がなく、今後も症状悪化の恐れがない。	発症から14日前後
		退院基準と時期の目安	症状がほぼ固定し、在宅または施設の生活に適應できる	発症から90日以内

達成目標 (アウトカム)	急性期病院(王子総合病院)			転院先医療機関(苫小牧東病院)		在宅または施設 退院
	1日目	2日目~7日目	8日目~転院まで	一般病棟:入院日~1週間	回復期リハビリテーション病棟:退院まで	
患者状態	<input type="checkbox"/> 梗塞巣拡大を予防する	<input type="checkbox"/> ADLの拡大		<input type="checkbox"/> 神経症状の改善 <input type="checkbox"/> 脳卒中再発防止 <input type="checkbox"/> 循環動態の安定 <input type="checkbox"/> 余病併発がない		<input type="checkbox"/> 神経症状の維持 <input type="checkbox"/> 脳卒中再発防止 <input type="checkbox"/> 循環動態の安定 <input type="checkbox"/> 余病併発がない
生活動作				<input type="checkbox"/> 発症前に近い生活への復帰 <input type="checkbox"/> 生活指導の内容が実践できる <input type="checkbox"/> 転倒・転落がない		
知識・理解	<input type="checkbox"/> 治療に対し協力できる <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーションが理解できる	<input type="checkbox"/> 内服の必要性を理解できる	<input type="checkbox"/> 退院後の不安が軽減できる <input type="checkbox"/> 退院日の無理な希望がない	<input type="checkbox"/> 病状の理解 <input type="checkbox"/> 薬剤の必要性が理解できる	<input type="checkbox"/> 病状の理解 <input type="checkbox"/> 薬剤の自己管理ができる <input type="checkbox"/> 退院後の生活の理解 <input type="checkbox"/> 退院後の不安が軽減できる	<input type="checkbox"/> かかりつけ医への受診の必要性の理解 (定期検診や異常を感じた時など)
合併症	<input type="checkbox"/> 合併症を起こさない	<input type="checkbox"/> 合併症を起こさない	<input type="checkbox"/> 再発の防止	<input type="checkbox"/> 心疾患、高血圧の管理 <input type="checkbox"/> 糖尿病、高脂血症の管理 <input type="checkbox"/> 薬剤効果判定・副作用の防止		<input type="checkbox"/> 心疾患、高血圧の管理 <input type="checkbox"/> 糖尿病、高脂血症の管理 <input type="checkbox"/> 薬剤効果判定・副作用の防止
治療・処置	<input type="checkbox"/> 持参薬の確認・管理 <input type="checkbox"/> 承諾書類・問診票の回収	<input type="checkbox"/> 内服管理	<input type="checkbox"/> 内服管理	<input type="checkbox"/> 治療可能な神経症状に対する薬剤治療 <input type="checkbox"/> 合併症の有無を判定し、治療を行う <input type="checkbox"/> 薬剤管理		<input type="checkbox"/> 必要に応じてかかりつけ医を受診、 または訪問診療、訪問看護、訪問リハ
検査	<input type="checkbox"/> 入院時セット ・採血、検尿 ・心電図(12誘導) ・X-P(頭・頸部各2R、胸部正面) ・脳MRI(DWI、MRA) ・頸MRA ・RIのオーダー	<input type="checkbox"/> RI(脳血流シンチ) <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI(T2・FLAIR)	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> HDS-R <input type="checkbox"/> 採血(転院前日)	<input type="checkbox"/> 評価のための検査 (X-P、嚥下造影、採血、検尿等) (MRI、CT、UCG、DCG、RI等)	<input type="checkbox"/> CT、MRI撮影(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 採血(必要に応じて)	
薬剤	<input type="checkbox"/> 入院7日目まで点滴 <input type="checkbox"/> 抗血栓薬の内服開始	<input type="checkbox"/> 内服継続	<input type="checkbox"/> 内服継続	<input type="checkbox"/> 常用薬確認、内服、注射 <input type="checkbox"/> 必要時に応じ薬剤の変更・調節 <input type="checkbox"/> 服用管理の選択(患者又は、看護師)	<input type="checkbox"/> 常用薬内服、注射 <input type="checkbox"/> 必要時に応じ薬剤の変更・調節 <input type="checkbox"/> 服用管理の選択	<input type="checkbox"/> 常用薬内服、注射
生活動作 リハビリ	<input type="checkbox"/> リハビリオーダー <input type="checkbox"/> 入院時評価 <input type="checkbox"/> トイレ車椅子移動可	<input type="checkbox"/> リハ室にてリハビリ実施 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練	<input type="checkbox"/> 病棟内歩行(見守り、介助含む) <input type="checkbox"/> 病棟内ADL訓練 <input type="checkbox"/> 退院時評価	<input type="checkbox"/> 各種療法評価 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害評価 <input type="checkbox"/> ベッド周り環境整備、補助具の検討 <input type="checkbox"/> 機能改善訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練(歩行器・杖・独歩) <input type="checkbox"/> 応用歩行訓練(階段・屋外等)	<input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> コミュニケーション訓練 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 家庭訪問(適宜、本人家族との話し合い) <input type="checkbox"/> 外泊訓練 <input type="checkbox"/> APDL訓練 <input type="checkbox"/> 社会的活動への支援(復職、趣味)	<input type="checkbox"/> 退院時指導(介助・自己練習)
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> 入浴・シャワー介助(見守り含む)	<input type="checkbox"/> 入浴・シャワー介助(見守り含む)	<input type="checkbox"/> 保清方法の選択 (清拭、介助シャワー、介助入浴) <input type="checkbox"/> 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 見守りまたは自立入浴 (清拭、介助シャワー、介助入浴) <input type="checkbox"/> 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 能力にあった入浴方法 (介助浴・自立浴)
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ介助(必要に応じて床上排泄)	<input type="checkbox"/> 安静度に応じて介助	<input type="checkbox"/> 安静度に応じて介助	<input type="checkbox"/> 排泄アセスメント <input type="checkbox"/> 排泄方法の選択(ベッド上、ポータブル、トイレ) <input type="checkbox"/> 排泄量チェック	<input type="checkbox"/> トイレで排泄を監視 <input type="checkbox"/> トイレで排泄を自立 <input type="checkbox"/> 排泄量チェック	<input type="checkbox"/> 移動能力にあった排泄 (ベッド上、ポータブルトイレ、通常トイレ)
食事	<input type="checkbox"/> 糖尿病食(単位) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 糖尿病食(単位) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 糖尿病食(単位) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 食事摂取 (病状やリハビリ状況に見合った内容) <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 摂取量のチェック	<input type="checkbox"/> 食事摂取 (病状やリハビリ状況に見合った内容) <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 摂取量のチェック <input type="checkbox"/> 栄養指導	<input type="checkbox"/> 食事摂取 (病状やリハビリ状況に見合った)
説明 指導 調整 評価	<input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション、病棟案内 <input type="checkbox"/> 尿測・摂食量のチェックの説明 (病院食以外に摂ったもの・飲水量) <input type="checkbox"/> 診断の確定 <input type="checkbox"/> 治療方針の決定	<input type="checkbox"/> 内服指導 <input type="checkbox"/> 麻痺側上肢肩関節脱臼防止の指導 <input type="checkbox"/> 自宅退院もしくは転院の決定(IC) <input type="checkbox"/> モーニングカンファレンス(毎朝) <input type="checkbox"/> リハビリカンファレンス	<input type="checkbox"/> モーニングカンファレンス(毎朝) <input type="checkbox"/> リハビリカンファレンス <input type="checkbox"/> 退院・転院調整 <input type="checkbox"/> 転院時必要書類 <input type="checkbox"/> 地域連携パス <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 看護添書 <input type="checkbox"/> リハビリ添書 <input type="checkbox"/> 退院証明書	<input type="checkbox"/> 入院時の説明・情報収集・病棟案内 (リハビリや治療期間など) <input type="checkbox"/> インテーク情報収集 <input type="checkbox"/> 各種アセスメント(転倒・転落、褥瘡、身体拘束等) <input type="checkbox"/> 看護計画、ケア立案、転棟サマリ	<input type="checkbox"/> ミニカンファレンス <input type="checkbox"/> リハビリカンファレンス 総合実施計画書説明・同意 <input type="checkbox"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> 各種(FIM等)評価 <input type="checkbox"/> 退院時の説明 (通院や介護保険関連など) <input type="checkbox"/> 退院時必要書類 <input type="checkbox"/> 退院後サービスへの情報提供 <input type="checkbox"/> 退院サマリ・その他	<input type="checkbox"/> 退院時診療情報提供書 (王子総合病院へ) <input type="checkbox"/> リハビリサマリ(経過記録) (王子総合病院へ) <input type="checkbox"/> 退院時診療情報提供書 (転出先へ) <input type="checkbox"/> 転出先の施設へリハビリ添書

退院時情報	【退院時診療情報提供書】退院日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 身長 cm <input type="checkbox"/> 体重 kg 病前の移動手段: <input type="checkbox"/> 歩行(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)(<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> ベッド上 転院時の移動手段: <input type="checkbox"/> 歩行(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)(<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> ベッド上 栄養: <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻) <input type="checkbox"/> その他() 認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 有り MMSE/HDS-R 点 <input type="checkbox"/> 転倒・転落アセスメントスコア 点 酸素使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 吸引使用: <input type="checkbox"/> 有(頻度) <input type="checkbox"/> 無 気管切開: <input type="checkbox"/> 有(使用力ニューレ 号) <input type="checkbox"/> 無 褥瘡: <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 感染: <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 日常生活機能評価:合計点 点 BI: 点 主治医: _____	【退院時診療情報提供書】退院日: 年 月 日 転院先: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関() <input type="checkbox"/> その他() 移動手段: <input type="checkbox"/> 歩行(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助) 栄養: <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻) <input type="checkbox"/> その他() 利用サービス: <input type="checkbox"/> 訪問サービス(<input type="checkbox"/> リハビリ、 <input type="checkbox"/> 介護、 <input type="checkbox"/> 看護、 <input type="checkbox"/> 入浴) <input type="checkbox"/> 通所サービス(<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 介護) <input type="checkbox"/> 住宅改修、福祉用具貸与・購入() 身障者手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(級) 日常生活機能評価:合計点 点 FIM: 点 介護保険: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(介護度) 主治医: _____
-------	--	---