

脳卒中地域連携パス

医療者用

患者用

患者氏名： 様 急性期病院：大垣市民病院 科 回復期病院： 病院 科
 生年月日： 患者 ID： 主治医名： 患者 ID： 主治医名： 先生
 発症日：
 病名：☐脳梗塞(☐ラクナ・☐アテローム・☐心原性・☐その他) ☐脳出血 かかりつけ医： 先生 患者 ID：

		急性期病院退院時	回復期病院退院時または3ヶ月			6ヶ月			9ヶ月			12ヶ月		
		()	()			()			()			()		
退院時基準・目標		病状安定化	①再発の予防			②合併症の管理			③ADLの維持			経過により病院受診		
身体状態の評価	自立度(mRankin評価)	点	点			点			点			点		
	麻痺の悪化の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
	意欲低下の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
	体重(kg)													
	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
再発予防薬	抗血小板薬	<input type="checkbox"/> プレタール <input type="checkbox"/> プラビックス <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> プレタール <input type="checkbox"/> プラビックス <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> プレタール <input type="checkbox"/> プラビックス <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> プレタール <input type="checkbox"/> プラビックス <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> プレタール <input type="checkbox"/> プラビックス <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/>		
	抗凝固薬	<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> プラザキサ <input type="checkbox"/> イクザレルト <input type="checkbox"/> エリキュース	<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> プラザキサ <input type="checkbox"/> イクザレルト <input type="checkbox"/> エリキュース			<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> プラザキサ <input type="checkbox"/> イクザレルト <input type="checkbox"/> エリキュース			<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> プラザキサ <input type="checkbox"/> イクザレルト <input type="checkbox"/> エリキュース			<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> プラザキサ <input type="checkbox"/> イクザレルト <input type="checkbox"/> エリキュース		
リハビリ		<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要(<input type="checkbox"/> 継続中・ <input type="checkbox"/> 中断) <input type="checkbox"/> 不要			<input type="checkbox"/> 要(<input type="checkbox"/> 継続中・ <input type="checkbox"/> 中断) <input type="checkbox"/> 不要			<input type="checkbox"/> 要(<input type="checkbox"/> 継続中・ <input type="checkbox"/> 中断) <input type="checkbox"/> 不要			<input type="checkbox"/> 要(<input type="checkbox"/> 継続中・ <input type="checkbox"/> 中断) <input type="checkbox"/> 不要		
検査	PT-INR 目標値 ()													
	画像検査	<input type="checkbox"/> ECG・ <input type="checkbox"/> 胸部 X-P										<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー・ <input type="checkbox"/> MRI・ <input type="checkbox"/> MRA・ <input type="checkbox"/> CT		
	一般血液検査	(○)			○			(○)			○			
危険因子	血圧目標値 (/)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	糖尿病目標値 (血糖)(HbA1C %)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	LDL-C(悪玉コレステロール) 目標値(mg/dl)	mg/dl	mg/dl			mg/dl			mg/dl			mg/dl		
	その他													

【再発のめやす】

- ①言葉が出ない・話せない。ろれつが回らない。
- ②めまい・物が二重に見える・突然物が見えにくくなった。
- ③片方の手足に力が入らない・足がもつれる。
- ④激しい頭痛や嘔吐、(片)麻痺。

【再発が疑われる時の対応】

できるだけ早く主治医相談もしくは病院へ。

【脳卒中の危険因子】

- ・高血圧・糖尿病・脂質異常症・心房細動・喫煙
- ・多量飲酒

【床ずれ(褥瘡)の対応】

- ①ケアマネに直ちに相談し、エアマット使用。
- ②主治医に相談し、訪問看護を受ける。
- ③訪問看護より褥瘡指導を受ける。
- ④主治医より必要物品の供与を受ける。

【注意点】

- ①再発予防薬は原則生涯服用し続けてください。
- ②PT-INR はワーファリン使用者のみ。

【mRankin 評価】

- 0：全く症状なし
 1：軽度の症状があるが日常生活に支障ない
 2：以前の活動はできないが、介助なしに身の回りの事は出来る。
 3：日常生活に何らかの介助が必要とするが、歩行は介助なしでできる。
 4：介助なしに歩行や日常生活を行うことが出来ない。
 5：寝たきり、常に看護や注意が必要。

大垣市民病院

脳卒中協会ホームページ

<http://www.jsa-web.org/>