

脳卒中医療情報

医療者用

患者用

患者氏名:		性別:	年齢:	生年月日:
発症日: 西暦 年 月 日		入院日: 西暦 年 月 日		
急性期病院:		診療科:	主治医:	
回復期病院:		診療科:	主治医: 先生	
介護施設:		主治医:		
かかりつけ医:		主治医: 先生		
退院日	急性期病院: 西暦 年 月 日	回復期病院: 西暦 年 月 日		
病名 * 部位: <input type="checkbox"/> 脳梗塞 * <input type="checkbox"/> テント上 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 小脳 <input type="checkbox"/> 多発 左右: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 (<input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓症 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> その他の脳梗塞 <input type="checkbox"/> 分類不能) <input type="checkbox"/> 脳出血 * <input type="checkbox"/> 被殻 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 小脳 <input type="checkbox"/> 皮質下 <input type="checkbox"/> 多発 左右: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 頭蓋内・頸部血管病変 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()				
合併症: <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> その他 ()				
既往歴: <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> その他 ()				
問題点: <input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS GCS) () <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 () <input type="checkbox"/> 認知 () HDS-R /30 MMSE /30 <input type="checkbox"/> 麻痺 (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 失調症 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 言語障害 (<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症) <input type="checkbox"/> 嚥下障害 (<input type="checkbox"/> 経管・ <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> 排尿障害 (<input type="checkbox"/> 留置カテ・ <input type="checkbox"/> 導尿)				
mRankin 評価: 目標 () リハビリ必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()				
退院時: 急性期病院 () 回復期病院 ()				

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がない 2: 以前の活動はできないが、介助なしに身の回りのことはできる
 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できない 5: 寝たきり、常に看護や注意が必要

経過情報(急性期病院):

処方

ワーファリン (☐ 有 ☐ 無) コントロール目標: PT-INR ☐ 1.6~2.6 ☐ ()
リスク管理目標 血圧: ☐ 140/90 未満 ☐ ()
 血糖: ☐ HbA1c 6.5%以下 ☐ ()
 脂質: ☐ LDL-コレステロール ☐ 120 未満 ☐ ()

経過情報(回復期病院):

処方の変更(☐ 有 ☐ 無)