

リハビリ地域連携パス

患者氏名：急性期病院：大垣市民病院科回復期病院：病院科

生年月日：発症日：患者 ID：主治医名：患者 ID：主治医名：先生

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：

		病前	急性期病院退院時	回復期病院退院時 3 ヶ月後	6 ヶ月後	9 ヶ月後	12 ヶ月後
			(, ,)	(, ,)	(, ,)	(, ,)	(, ,)
退院時基準・目標							
身体 状態 の 評 価	寝たきり・認知・BI	/	/ / 点	/ / 点	/ / 点	/ / 点	/ / 点
	Br. ST(上肢・手指・下肢)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	嚥下障害	<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	<input type="checkbox"/> 有 ()・ <input type="checkbox"/> 無
	高次脳機能障害	<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 ()	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ()
動作 訓 練	訓練内容	生活状況	<input type="checkbox"/> ROM <input type="checkbox"/> 寝返り・起上がり <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 起立・立位 <input type="checkbox"/> 平行棒 <input type="checkbox"/> 4 点杖 <input type="checkbox"/> T 字杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外	<input type="checkbox"/> ROM <input type="checkbox"/> 寝返り・起上がり <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 起立・立位 <input type="checkbox"/> 平行棒 <input type="checkbox"/> 4 点杖 <input type="checkbox"/> T 字杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外	<input type="checkbox"/> ROM <input type="checkbox"/> 寝返り・起上がり <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 起立・立位 <input type="checkbox"/> 平行棒 <input type="checkbox"/> 4 点杖 <input type="checkbox"/> T 字杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外	<input type="checkbox"/> ROM <input type="checkbox"/> 寝返り・起上がり <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 起立・立位 <input type="checkbox"/> 平行棒 <input type="checkbox"/> 4 点杖 <input type="checkbox"/> T 字杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外	<input type="checkbox"/> ROM <input type="checkbox"/> 寝返り・起上がり <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 起立・立位 <input type="checkbox"/> 平行棒 <input type="checkbox"/> 4 点杖 <input type="checkbox"/> T 字杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 屋外
A D L 動 作	起居・移乗動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 ()	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 ()	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 ()	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 ()	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 ()
	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	更衣動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
言語・嚥下訓練							
備 考		装具 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	装具 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	装具 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	装具 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	装具 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	装具 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
担当者 (所属・職種)							