




「脳卒中」地域連携クリティカルパス (患者・ご家族様用)

ふりがな		男 女	年 齢	明治・大正・昭和・平成
本人氏名				年 月 日 ( ) 歳

介護者:

経過		入院中		在宅	
場所					
期間		～		～	
今回の病気・手術		<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 手術( )			
いままでに罹った病気					
回復の目標		<input type="checkbox"/> 再発がない <input type="checkbox"/> 日常生活動作(ADL)に応じたりハビリができる  		<input type="checkbox"/> 在宅療養が安定している <input type="checkbox"/> 栄養状態が良好である 	
障害・病状	麻痺の有無			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	
	ことばの障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	
	食べることの障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	
	排尿の障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
	徘徊等の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
	意識障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )			
検査	CT				
	MRI				

