

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
診療情報シート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

患者基本情報		記入		医師名				
患者氏名		ID		性別	発症			
				年齢	歳 入院			
疾患名				病巣部位				
<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> アテローム血栓症 <input type="checkbox"/> 心原性塞栓 <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			サイズ				
<input type="checkbox"/> 脳出血	<input type="checkbox"/> 高血圧性 <input type="checkbox"/> 脳動脈奇形 <input type="checkbox"/> もやもや病 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()							
<input type="checkbox"/> クモ膜下出血	<input type="checkbox"/> 嚢状脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> 解離性動脈瘤 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()							
手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 (内容)							
特殊疾患	<input type="checkbox"/> 血管狭窄・閉塞() <input type="checkbox"/> 未破裂動脈瘤() <input type="checkbox"/> その他()							
主な障害	<input type="checkbox"/> 右マヒ <input type="checkbox"/> 左マヒ <input type="checkbox"/> 両マヒ <input type="checkbox"/> 四肢マヒ <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> その他()							
合併症	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 症候性てんかん <input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> その他							
要注意既往症 及び生活習慣	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他肝機能障害() <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 腎障害() <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他:							
現病歴				投薬内容				
治療内容								
	<input type="checkbox"/> 地域連携診療計画管理			<input type="checkbox"/> 点滴	終了見込み <input type="checkbox"/> 不明			
予後の説明内容				呼吸	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素投与(L/分)			
				意識レベル	<input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> JCS・GCS()			
				リハビリ	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST			
				栄養経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH			
感染症	<input type="checkbox"/> 疥癬() <input type="checkbox"/> 梅毒() <input type="checkbox"/> HBs抗原() <input type="checkbox"/> HCV抗体() <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑膿菌(部位) <input type="checkbox"/> MRSA(<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> その他							
添付資料	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 血算 <input type="checkbox"/> 生化(CRP必須) <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 感染症							
障害評価	上肢	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 左右差なし	<input type="checkbox"/> ほぼ正常	<input type="checkbox"/> 肘と手が一緒に 口のの高さに挙がる	<input type="checkbox"/> 手が乳頭に挙がる	<input type="checkbox"/> わずかな動き	<input type="checkbox"/> 動かない	
	手指	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 左右差なし	<input type="checkbox"/> ほぼ正常	<input type="checkbox"/> 何とかが指が1本づつ曲 げ伸ばしきれぬ	<input type="checkbox"/> 1本づつ動くが曲げ伸 ばしきれぬ	<input type="checkbox"/> 指全体のまとまった曲 げ伸ばしのみ	<input type="checkbox"/> 動かない	
	股関節の曲げ	<input type="checkbox"/> 正常左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかり曲がる <input type="checkbox"/> 何とか曲がる <input type="checkbox"/> わずかに曲がる <input type="checkbox"/> 動かない						
	膝の伸ばし	<input type="checkbox"/> 正常左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかり伸びる <input type="checkbox"/> 何とか伸びる <input type="checkbox"/> わずかに伸びる <input type="checkbox"/> 動かない						
	足首のそり	<input type="checkbox"/> 正常左右差なし <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> しっかりそる <input type="checkbox"/> 何とかそる <input type="checkbox"/> わずかにそる <input type="checkbox"/> 動かない						
	座位	<input type="checkbox"/> 背もたれ無しで座位がとれる <input type="checkbox"/> 座位がとれるが傾く、指示にて戻せる <input type="checkbox"/> 指示をしても傾いている <input type="checkbox"/> 座位がとれない						
	感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 脱失		半側空間失認	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> マヒ側をみる <input type="checkbox"/> 正中まではみる <input type="checkbox"/> 健側のみ			
	失調	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		精神障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
	失行	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い		記憶障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		状況判断能力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	失語	表出 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input type="checkbox"/> 「時計」が呼称できる <input type="checkbox"/> 「時計」が呼称できない						
	理解 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度障害 <input type="checkbox"/> 「手を挙げて」の指示が入る <input type="checkbox"/> 「手を挙げて」の指示が入らない							
構音障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 「ハ」「タ」「カ」がしっかり聞き取れる <input type="checkbox"/> なんとか聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞き取れない							
嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ゼリーなどのみ試行 <input type="checkbox"/> 非経口							
退院時情報()		退院) 記入者		記入日				
変化・経過 (転院時情報)				最終処方	<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし			
退院後急性期病院での経過観察	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 内容		(次回診察日) 月 日					
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
その他特記事項、禁忌・注意事項								

* 送付先：退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管：急性期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
看護シート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

看護基本情報(記入)記入者名				
患者名(インジカル可)		ID				
身体	身長 cm 体重 Kg					
食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 摂取量(割)					
動作	移動 <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> 車椅子乗車(時間 分/日) <input type="checkbox"/> ベッド					
	移動動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	移乗動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> ムラあり <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> ナースコール <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	コミュニケーション手段	<input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他()			
問題行動	睡眠 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 断眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時折 <input type="checkbox"/> 毎晩					
	精神症状 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> その他()					
	問題行動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 転倒転落 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他()					
抑制	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 四肢抑制 <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> その他()					
排泄	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自排尿					
褥そう	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)					
その他						
退院時情報(退院)記入者		記入日		
バイタルサイン	体温 ~ 度 脈拍 ~ 不整脈 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	血圧	収縮期	~		
褥そう(内容)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処置方法: <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり	拡張期		~		
		<input type="checkbox"/> SpO ₂ :				
食事栄養	摂取方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 絶飲食					
	食形態 主食 副菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー 水分 <input type="checkbox"/> ミ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助					
摂取量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 3/4~1/2 <input type="checkbox"/> 1/2~1/4 <input type="checkbox"/> 1/4以下 <input type="checkbox"/> その他()					
治療食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(DM食 kcal 塩分 g <input type="checkbox"/> ワーフリン食 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練食(開始) <input type="checkbox"/> 脂質制限 g その他					
排泄	方法 日中: 夜間:	伝達事項	最終交換日	サイズ	種類	
	尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 留置カテーテル	/	Fr	
	失禁 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 鼻腔・胃ろう	/	Fr	
	便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明確 <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 気管切開	/	mm	
	排便コントロール		<input type="checkbox"/> その他()	/		
動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他()	/			
入浴	一般浴(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) シャワー浴(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> ベッド上清拭		バイタル上限下限			
日常生活機能評価	患者の状況	得点			特記事項	
		0点	1点	2点		
	床上安静	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> あり			
	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
	寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない		
	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
	座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない		
	移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り一部介助が必要	<input type="checkbox"/> できない		
	移乗方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない	<input type="checkbox"/> 介助を要する移動(搬送含む)			
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助無し	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 全介助			
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助無し	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない			
診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ				
危険行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
合計得点		点				
その後の経過(サマリー代用可)						
退院日情報	車イス乗車時間 分/日	最終排便 /				
バイタルサイン	体温 度 脈拍 不整脈 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 血圧 / <input type="checkbox"/> SpO ₂ ;					

* 送付先:退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管:急性期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
リハシート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

リハビリテーション基本情報(記入) 記入者				
患者名(イニシャル可)		ID		
リハ開始日				
病前の活動状態(家屋内移動・散歩・買い物・旅行)				
1. 禁忌(血圧、心拍、SpO2制限など)	(記述)			
2. リハ拒否など	(記述)			
3. 失語	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
4. 嚥下障害(有・無)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
5. 端座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> セッティングにて可 <input type="checkbox"/> 上肢支持にて可 <input type="checkbox"/> 不可			
6. 立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> セッティングにて可 <input type="checkbox"/> 上肢支持にて可 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可			
7. 歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 平行棒) 装具: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
特記事項				
退院時情報(退院) 記入者 記入日				
リハ開始日	PT開始日	OT開始日	ST開始日	
リハサービス処方単位数/週	PT	OT	ST	
骨・関節疾患による禁忌・配慮事項				
その他の配慮事項				
評価項目	1. 機能的・能力的予後:mRS	<input type="checkbox"/> :0 <input type="checkbox"/> :1 <input type="checkbox"/> :2 <input type="checkbox"/> :3 <input type="checkbox"/> :4 <input type="checkbox"/> :5 <input type="checkbox"/> :6	FIM	点数
	2. 認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	セルフケア	
	3. 意欲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	食事・スプーン	
	4. 訓練中のバイタル変動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	整容	
	5. 禁忌	(記述)	入浴(洗い動作)	
	6. 日常的なコミュニケーション手段	(記述)	更衣(上半身)	
	7. 握力	右 kg /左 kg	更衣(下半身)	
	8. 痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	トイレ動作	
	9. Br.stage(手/上肢/下肢)	上肢: 手指: 下肢:	小計	
	10. 感覚障害(上肢/下肢)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 上肢 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 不明 下肢 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 不明	排泄コントロール	
	11. ROM制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不明	排尿	
	12. 半側空間無視障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	排便	
	13. 見当識障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	小計	
	14. 問題行動	(記述)	移乗	
	15. 失語	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	ベット・イス・車イス	
	16. 構音障害(有・無)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	トイレ	
	17. 嚥下障害(有・無)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	浴槽・シャワー	
	検査:VF、VE、水のみテスト(有・無)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> 水飲みテスト	小計	
	嚥下訓練開始日	(記述)	移動	
	18. リハ経過(動作練習実施の有無)		歩行・車イス	
ベッド上動作	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施: 開始	階段		
座位	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施: 開始	小計		
立ち上がり・立位	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施: 開始	コミュニケーション		
移乗	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施: 開始	理解(聴覚・視覚)		
歩行	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施: 開始	表出(音声・非音声)		
応用歩行(階段・屋外など)	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施: 開始	小計		
19. 基本動作能力		社会認識		
ベッド上動作	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立	社会的交流		
座位	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立	問題解決		
立位	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立	記憶		
歩行	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立	小計		
立ち上がり回数	回(手すり あり なし)	FIM合計		
20. 下肢装具使用(記載)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:(記述)			
特記事項 リハ内容など(サマリ代用可)				
添付資料	<input type="checkbox"/> VF結果 <input type="checkbox"/> SLTA結果 <input type="checkbox"/> その他()			
在宅リハの継続目標 本人・家族の希望	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問			

* 送付先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保管: 急性期病院が作成し、原本を保管してください。

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート
MSWシート【急性期病院作成用】

発行病院
送り先

医療社会事業基本情報 (記入)記入者	
患者名(イニシャル可)	ID
居住地 (都道府県) (市) □自宅 □施設()	
同居家族 □単身 □配偶者 □子 □子の家族 □その他()	
キーパーソン 氏名(イニシャル) 続き柄 連絡先	
保険種別 □国保 □健保 □社保 □共済 □自賠責・第三者行為 □労災 □生活保護 担当	
本人の希望 □職場復帰 □在宅復帰 □在宅療養() □病院() □施設 □未定	
()の希望 □職場復帰 □在宅復帰 □在宅療養() □病院() □施設 □未定	
リスク □経済 □家屋 □家族 □介護	
申請支援 □介護保険 □身障手帳 □傷病手当金 □国保加入 □生活保護 □その他()	
特記事項	
部屋希望 □大部屋 □個室 □どちらでも可	
退院時情報(退院) 記入者 記入日 ※書ける範囲で可	
介護保険入院前 □なし □未確認 □申請中 □支援1 □支援2 □介護1 □介護2 □介護3 □介護4 □介護5	
サービス利用 □住宅改修 □福祉用具貸与 □訪問看護 □通所系サービス □入所系サービス □その他()	
転院時 □不要 □未確認 □説明済み □申請中 □認定済み()	
ケアマネジャー □なし □あり 氏名 事業所名 連絡先	
身障手帳 □なし □申請中(□新規 □等級変更) □有(□入院前に取得 □今回取得)	
種別等級 肢体 級 音声言語 級 視覚 級 内部 級 精神 級	
発症前のADL □自立 □見守り □一部介助 □全介助	
家族的背景+心理面	本人の方向性の变化 □変わらず □職場復帰 □在宅復帰 □在宅療養() □病院() □施設 □未定
	希望阻害因子 □経済力 □介護力不足・介護協力不足等 □介護者不在 □住宅改修不可能・住宅構造上 □疾病・病態
	家族の方向性の变化 □変わらず □職場復帰 □在宅復帰 □在宅療養() □病院() □施設 □未定
	希望阻害因子 □経済力 □介護力不足・介護協力不足等 □介護者不在 □住宅改修不可能・住宅構造上 □疾病・病態
社会的背景+経済面	入院前 □会社員 □公務員 □自営(内容) □年金(□国保 □厚生 □共済 □障害) □無職()
	退院時 収入: □なし □あり(□傷病手当金 □年金() □生活保護 □その他())
その他	住宅環境 □戸建て(□所有 □賃貸) □集合住宅(□所有 □賃貸) ()階 EV停止(□あり □なし) □その他()
	障害となる構造 □屋外階段()段 □屋内階段(手すり; □なし □上り左 □上り右 □両方) □家への出入り □段差(□浴室 □トイレ □廊下) □トイレ □浴槽 □その他
	在宅移行期に必要なサービス □訪問看護(□指示書記載) □訪問介護 □住宅改修 □福祉用具 □通所系サービス □訪問入浴 □その他()

* 送付先: 退院時に、回復期病院又はかかりつけ医等へ写しを送付してください。また、必要に応じて患者に写しを交付してください。

* 保 管: 急性期病院が作成し、原本を保管してください。