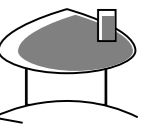




# 脳卒中 在宅療養ノート

脳卒中の急性期・回復期治療も一段落しますが、今後の身体機能の維持と生活の質を維持するためにも、専門医とかかりつけ医が今後も診療にあたります。  
この在宅療養ノートを利用して、定期的な専門医の診察を合わせて、維持期療養中の脳卒中再発やその他心血管疾患の発症に注意していきましょう。

この脳卒中在宅療養ノートは



リハビリによる生活の質のアップの評価も含め

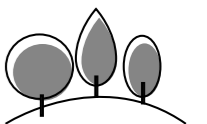
日常生活で困っている点を

簡単にチェック出来る様に工夫しました。

万一 再発した際には

発症前症状の把握が

今後の治療やリハビリに重要な資料となります。



あなたを中心に医療職と介護職の人が

情報を共有した医療・福祉・介護ができるよう

このノートを活用してください。

定期的な検査や専門医にかかる際にも  
このノートを提示し、経過をみてもらいましょう。

氏名

## ●日常生活機能評価表

患者の状況	退院時			年( 月)			年( 月)			年( 月)		
	得点			得点			得点			得点		
	0点	1点	2点	0点	1点	2点	0点	1点	2点	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり		なし	あり		なし	あり		なし	あり	
とちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない		できる	できない		できる	できない		できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	できる	何かにつかまればできる	できない	できる	何かにつかまればできる	できない	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない		できる	できない		できる	できない		できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない	できる	支えがあればできる	できない	できる	支えがあればできる	できない	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない	できる	見守り・一部介助が必要	できない	できる	見守り・一部介助が必要	できない	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	移動なし	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	移動なし	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	移動なし	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	移動なし
口腔清潔	できる	できない		できる	できない		できる	できない		できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助	介助なし	一部介助	全介助	介助なし	一部介助	全介助	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助	介助なし	一部介助	全介助	介助なし	一部介助	全介助	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない	できる	できる時とできない時がある	できない	できる	できる時とできない時がある	できない	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ		はい	いいえ		はい	いいえ		はい	いいえ	
危険行動	ない	ある		ない	ある		ない	ある		ない	ある	
	合計得点 点			合計得点 点			合計得点 点			合計得点 点		

※得点:0~20点

※得点が低いほど、生活自立度が高い。

基本情報	
フリガナ氏名	
発症日	年 月 日
診断名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓症 <input type="checkbox"/> その他の脳梗塞 ( ) <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> クモ膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 ( )
言語障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
身体状況	身長 cm 体重 kg 利き腕 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 麻痺なし <input type="checkbox"/> 麻痺 手 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 麻痺 足 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )
初発・再発	<input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> 再発
その他	

専門医	
医療機関名 医師名	
リハビリ	
医療機関名 医師名	
かかりつけ医	
医療機関名 医師名	
訪問看護事業所	
事業所名 看護師名	
居宅介護支援事業所	
事業所名 ケアマネジャー	

## ●modified Rankin Scale(mRS)

Grade0 障害が存在しない

Grade1 明らかな障害は存在しない…・通常動作を補助なしで行なえる。

Grade2 軽度の困難……………・いくつかの日常動作を行う事ができない。

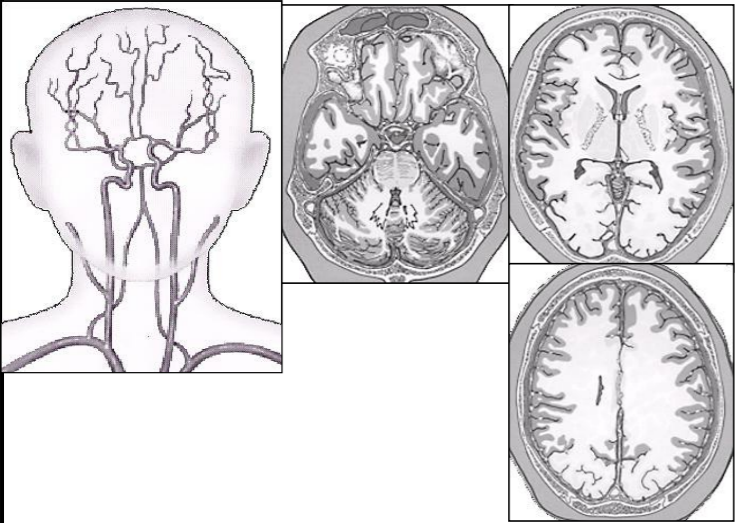
・ ……………しかし多くの介助がなくても自分の身の回りのことができる。

Grade3 中等度困難……………・ある程度の介助を必要とするが助けなしに歩ける。

Grade4 高度の困難……………・介助なしでは歩いたり身体の一部を好きなように動かすことができない。

Grade5 重度困難……………・ベッド臥床。失禁。持続的な看護と監視が必要。

# 専門医の定期診察

<b>医療機関名</b> _____ 記入日 年 月 日	
機関名 電話番号 医師署名	
ADL(mRS or BI)	□mRS ( ) □BI /100
リハビリ(医療保険・介護保険)	□無 □有
言語障害	□無 □構音障害 □失語(非流暢型・流暢型・混合型・全失語・その他)
高次脳機能障害	□無 □半側空間無視 □記憶障害 □その他( ) □不明
嚥下障害	□無 □有(軽度・重度・疑い) □不明
日常生活機能評価表	( )点 裏面の日常生活機能評価表を元に患者の状況を評価する
CT所見・MRI所見	
病巣部位	
	
申し送り事項   	
退院時処方   	
患者・家族への説明内容(予後について)	

※退院後最初の1年間は3カ月毎、2年目以降は6カ月毎の定期的な評価を行います。

# 年( 月 )

<b>医療機関名</b> _____ 記入日 年 月 日	
機関名 電話番号 医師署名	
□帰宅日 □入所日	年 月 日
治療状況	治療中の疾患 □高血圧 □糖尿病 □高脂血症 □心疾患 □その他
必要な医療処置	□経管栄養(経鼻) □胃瘻 □尿道留置カテテル □気管カニューレ □吸引処置 □褥瘡 □(その他) )
アウトカム	ADL:mRS( ) 残存機能 □向上 □維持 □低下 □再入院(□再発 □他疾患) )
リハビリ(医療保険・介護保険)	□無 □有
<b>訪問看護事業所</b> _____ 記入日 年 月 日	
事業所名 電話番号 看護師署名	
バイタルサイン	血圧 脈拍 SpO2
リハビリ等	
介護用品	□ベッド □エアマット □その他( )
<b>居宅介護支援事業所</b> _____ 記入日 年 月 日	
事業所名 電話番号 ケアマネジャー署名	
生活の場	□自宅 □独居 □老健 □特養 □その他 ( )
キーパーソン	
居住環境	住改 □済 □未 □予定 ( ) □ベッド利用
介護認定	□無 □支1 □支2 □介護1 □2 □3 □4 □5 □予定
身体障害者手帳	□無 □有( 級) □申請予定
障害高齢者生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2
認知症高齢者生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IV □V □M HDS-R( )点
日常生活機能評価	( )点 裏面の日常生活機能評価表を元に患者の状況を評価する
介(予)護防保(険)	訪問系 □訪問介護 □訪問リハビリ □訪問看護 □訪問入浴 通所系 □通所介護 □通所リハビリ □運動器 □短期集中リハ □栄養改善 □口腔機能 その他 □短期入所療養介護・生活介護 □居宅療養管理指導
日	移乗 □自立 □見守り □一部介助 □全介助( )
	移動屋内 □自立 □杖 □つかまり □歩行器等 □車椅子(自走・介助)
	移動屋外 □自立 □杖 □歩行器等 □介助歩行 □車椅子(自走・介助)
	食事摂取 □自立 □見守り □一部介助 □全介助( ) □普通食 □お粥 □刻み食 □ペ-スト □セリ- □経管食( )
常	服薬 □自立 □一部介助 □全介助 ( )
	排尿排便 □自立 □介助:□トイレ □ホ-タブ-トイレ □おむつ ※夜間( ) □排便調整必要 □その他( )
生	清潔 □自立 □介助: □清拭 □シャワー □浴槽( )
	褥瘡・皮膚の問題 □無 □有 ( ) 口腔衛生 □全て自歯 □部分義歯 □総義歯 □歯磨き有 □歯磨き無
活	コミュニケーション □良好 □問題有り ( )
	社会との関わり □良好 □外出機会少
状	行動の問題 □奇声 □不潔行為 □徘徊 □危険行動 □その他
	睡眠 □良好 □昼夜逆転 □夜間譫妄
況	痛み □無 □有 ( )
	生活リズム □規則正しい □不規則 ( )
	意欲 □有 □無 ( )
	介護力 □十分 □不十分 ( )
生活・介護上の問題点、特別な状況	□無 □有

# 年( 月 )

<b>医療機関名</b> _____ 記入日 年 月 日	
機関名 電話番号 医師署名	
□帰宅日 □入所日	年 月 日
治療状況	治療中の疾患 □高血圧 □糖尿病 □高脂血症 □心疾患 □その他
必要な医療処置	□経管栄養(経鼻) □胃瘻 □尿道留置カテテル □気管カニューレ □吸引処置 □褥瘡 □(その他) )
アウトカム	ADL:mRS( ) 残存機能 □向上 □維持 □低下 □再入院(□再発 □他疾患) )
リハビリ(医療保険・介護保険)	□無 □有
<b>訪問看護事業所</b> _____ 記入日 年 月 日	
事業所名 電話番号 看護師署名	
バイタルサイン	血圧 脈拍 SpO2
リハビリ等	
介護用品	□ベッド □エアマット □その他( )
<b>居宅介護支援事業所</b> _____ 記入日 年 月 日	
事業所名 電話番号 ケアマネジャー署名	
生活の場	□自宅 □独居 □老健 □特養 □その他 ( )
キーパーソン	
居住環境	住改 □済 □未 □予定 ( ) □ベッド利用
介護認定	□無 □支1 □支2 □介護1 □2 □3 □4 □5 □予定
身体障害者手帳	□無 □有( 級) □申請予定
障害高齢者生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2
認知症高齢者生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IV □V □M HDS-R( )点
日常生活機能評価	( )点 裏面の日常生活機能評価表を元に患者の状況を評価する
介(予)護防保(険)	訪問系 □訪問介護 □訪問リハビリ □訪問看護 □訪問入浴 通所系 □通所介護 □通所リハビリ □運動器 □短期集中リハ □栄養改善 □口腔機能 その他 □短期入所療養介護・生活介護 □居宅療養管理指導
日	移乗 □自立 □見守り □一部介助 □全介助( )
	移動屋内 □自立 □杖 □つかまり □歩行器等 □車椅子(自走・介助)
	移動屋外 □自立 □杖 □歩行器等 □介助歩行 □車椅子(自走・介助)
	食事摂取 □自立 □見守り □一部介助 □全介助( ) □普通食 □お粥 □刻み食 □ペ-スト □セリ- □経管食( )
常	服薬 □自立 □一部介助 □全介助 ( )
	排尿排便 □自立 □介助:□トイレ □ホ-タブ-トイレ □おむつ ※夜間( ) □排便調整必要 □その他( )
生	清潔 □自立 □介助: □清拭 □シャワー □浴槽( )
	褥瘡・皮膚の問題 □無 □有 ( ) 口腔衛生 □全て自歯 □部分義歯 □総義歯 □歯磨き有 □歯磨き無
活	コミュニケーション □良好 □問題有り ( )
	社会との関わり □良好 □外出機会少
状	行動の問題 □奇声 □不潔行為 □徘徊 □危険行動 □その他
	睡眠 □良好 □昼夜逆転 □夜間譫妄
況	痛み □無 □有 ( )
	生活リズム □規則正しい □不規則 ( )
	意欲 □有 □無 ( )
	介護力 □十分 □不十分 ( )
生活・介護上の問題点、特別な状況	□無 □有

# 年( 月 )

<b>医療機関名</b> _____ 記入日 年 月 日	
機関名 電話番号 医師署名	
□帰宅日 □入所日	年 月 日
治療状況	治療中の疾患 □高血圧 □糖尿病 □高脂血症 □心疾患 □その他
必要な医療処置	□経管栄養(経鼻) □胃瘻 □尿道留置カテテル □気管カニューレ □吸引処置 □褥瘡 □(その他) )
アウトカム	ADL:mRS( ) 残存機能 □向上 □維持 □低下 □再入院(□再発 □他疾患) )
リハビリ(医療保険・介護保険)	□無 □有
<b>訪問看護事業所</b> _____ 記入日 年 月 日	
事業所名 電話番号 看護師署名	
バイタルサイン	血圧 脈拍 SpO2
リハビリ等	
介護用品	□ベッド □エアマット □その他( )
<b>居宅介護支援事業所</b> _____ 記入日 年 月 日	
事業所名 電話番号 ケアマネジャー署名	
生活の場	□自宅 □独居 □老健 □特養 □その他 ( )
キーパーソン	
居住環境	住改 □済 □未 □予定 ( ) □ベッド利用
介護認定	□無 □支1 □支2 □介護1 □2 □3 □4 □5 □予定
身体障害者手帳	□無 □有( 級) □申請予定
障害高齢者生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2
認知症高齢者生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IV □V □M HDS-R( )点
日常生活機能評価	( )点 裏面の日常生活機能評価表を元に患者の状況を評価する
介(予)護防保(険)	訪問系 □訪問介護 □訪問リハビリ □訪問看護 □訪問入浴 通所系 □通所介護 □通所リハビリ □運動器 □短期集中リハ □栄養改善 □口腔機能 その他 □短期入所療養介護・生活介護 □居宅療養管理指導
日	移乗 □自立 □見守り □一部介助 □全介助( )
	移動屋内 □自立 □杖 □つかまり □歩行器等 □車椅子(自走・介助)
	移動屋外 □自立 □杖 □歩行器等 □介助歩行 □車椅子(自走・介助)
	食事摂取 □自立 □見守り □一部介助 □全介助( ) □普通食 □お粥 □刻み食 □ペ-スト □セリ- □経管食( )
常	服薬 □自立 □一部介助 □全介助 ( )
	排尿排便 □自立 □介助:□トイレ □ホ-タブ-トイレ □おむつ ※夜間( ) □排便調整必要 □その他( )
生	清潔 □自立 □介助: □清拭 □シャワー □浴槽( )
	褥瘡・皮膚の問題 □無 □有 ( ) 口腔衛生 □全て自歯 □部分義歯 □総義歯 □歯磨き有 □歯磨き無
活	コミュニケーション □良好 □問題有り ( )
	社会との関わり □良好 □外出機会少
状	行動の問題 □奇声 □不潔行為 □徘徊 □危険行動 □その他
	睡眠 □良好 □昼夜逆転 □夜間譫妄
況	痛み □無 □有 ( )
	生活リズム □規則正しい □不規則 ( )
	意欲 □有 □無 ( )
	介護力 □十分 □不十分 ( )
生活・介護上の問題点、特別な状況	□無 □有