

# 脳卒中地域連携診療計画書

説明日: 年 月 日 主治医:

説明者(主治医)署名: 印 説明を受けた人(本人・続柄)署名: 印

患者氏名: 性別 生年月日: 年 月 日

病名: 発症日: 年 月 日

ID番号	急性期				⇒ 日日 月日 【転院基準】	回復期					⇒ 日日 月日 【退院基準】	維持期			
	入院日 年 月 日	退院日 年 月 日				ID番号	入院日 年 月 日	退院日 年 月 日				ID番号	入院・受診日 年 月 日	症状固定日 年 月 日	
	計画管理病院:				リハコース リハ期間  退院先	転院先					リハ・ケア予定  退院先				
月日	月 日	月 日	月 日	月 日		月日	月 日	月 日	月 日	月 日		月日	月 日	月 日	月 日
経過	1日目	2-7日目	8-14日目	15日以降		経過	1日目	日目	日目	日目		経過			
日時						日時				退院予定		日時			
達成目標						達成目標						達成目標			
診断(主病名) 併存症1 併存症2 併存症3						診断						診断			
治療						治療						治療			
処置/状態						処置						処置			
検査						検査						検査			
安静度						安静度						安静度			
合併症					合併症					合併症					
リハ 計画 目的					リハ					リハ					
食事					食事					食事					
清潔 排泄					清潔 排泄					清潔 排泄					
その他					その他					その他					
患者様及び 御家族への 説明					患者様及び 御家族への 説明					患者様及び 御家族への 説明					
退院時 情報	〔退院時患者状態〕  病院名 平成 年 月 日 主治医				退院時日常生活機能 評価表 合計得点 ( )	退院時 情報	〔退院時患者状態〕  病院名 平成 年 月 日 主治医				退院時日常生活機能 評価表 合計得点 ( )				

※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

※3 転院先退院時に本計画書の写しと連携シート等を紹介元病院へ送付する。

※2 入院期間については現時点で予想されるものである。

※4 退院時の日常生活機能評価の点数は、別紙の日常生活機能評価表の合計点を記入すること。