



# 患者名

# 主治医

# F病棟

旭川赤十字病院・吉田病院脳卒中連携クリニカルパス(軽症; B1まで)							
病棟 経過	入院 入院時	(21日目まで)	(56日目まで)				退院 (79日目)
		リハビリテーションII	リハビリテーションIII			リハビリテーションIV	
カンファ レンス (C)	<input type="checkbox"/> 初回面接 ( / )	<input type="checkbox"/> 初期C ( / )	<input type="checkbox"/> 後期C ( / )	<input type="checkbox"/> 退院前C ( / )			
Dr.	<input type="checkbox"/> 合併症の有無 <input type="checkbox"/> 初期評価( ) <input type="checkbox"/> リハ処方( )	<input type="checkbox"/> 心機能管理、定期検査(PT-INR) <input type="checkbox"/> 排尿管理 <input type="checkbox"/> 合併症治療 <input type="checkbox"/> 転倒管理	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 方針確認 <input type="checkbox"/> 在宅判定	<input type="checkbox"/> 定期検査(PT-INR) <input type="checkbox"/> 排尿管理 <input type="checkbox"/> 経過予後説明 <input type="checkbox"/> 本人家族意志確認	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 方針決定(在宅判定) <input type="checkbox"/> 装具処方	<input type="checkbox"/> 在宅生活指導 <input type="checkbox"/> 排尿管理	<input type="checkbox"/> 情報提供
回診							
Ns.	<input type="checkbox"/> 初期看護計画立案( )	<input type="checkbox"/> 看護計画修正・評価		<input type="checkbox"/> 看護計画修正・評価		<input type="checkbox"/> 看護計画修正・評価 <input type="checkbox"/> 退院時指導	<input type="checkbox"/> 看護要約
栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養管理計画書	<input type="checkbox"/> 栄養管理		<input type="checkbox"/> 栄養管理		<input type="checkbox"/> 栄養指導	
薬剤師	<input type="checkbox"/> 服薬チェック	<input type="checkbox"/> 服薬管理		<input type="checkbox"/> 服薬管理		<input type="checkbox"/> 服薬指導	
MSW	<input type="checkbox"/> 介護保険説明	<input type="checkbox"/> 介護保険申請(21日目)	<input type="checkbox"/> 在宅判定	<input type="checkbox"/> 要介護度決定(55日目) <input type="checkbox"/> 家屋調査(56日目)	<input type="checkbox"/> 方針決定	<input type="checkbox"/> ケースシート作成 <input type="checkbox"/> ケアマネ(60日目)	<input type="checkbox"/> 家屋改修(75日目)
ADL自立度		A1. A2. B1. B2. C1. C2		A1. A2. B1. B2. C1. C2		A1. A2. B1. B2. C1. C2	
Brunnstrom		手( ) 上肢( ) 下肢( )		手( ) 上肢( ) 下肢( )		手( ) 上肢( ) 下肢( )	
FIM		点		点		点	
PT		<input type="checkbox"/> 初期評価( )	<input type="checkbox"/> 平行棒内歩行 <input type="checkbox"/> W/C移動訓練	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 杖歩行訓練	<input type="checkbox"/> 装具判定(下肢) <input type="checkbox"/> 家屋調査(56日目)	<input type="checkbox"/> 杖歩行訓練 <input type="checkbox"/> 階段訓練 <input type="checkbox"/> 退院時指導	<input type="checkbox"/> 評価
OT		<input type="checkbox"/> 初期評価( )	<input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 高次脳訓練	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 高次脳訓練	<input type="checkbox"/> 装具判定(上肢) <input type="checkbox"/> 機能訓練	<input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 高次脳訓練 <input type="checkbox"/> 退院時指導	<input type="checkbox"/> 評価
ST		<input type="checkbox"/> 初期評価( )	<input type="checkbox"/> 構音訓練 <input type="checkbox"/> 失語訓練 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 失語訓練	<input type="checkbox"/> 構音訓練 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練	<input type="checkbox"/> 構音訓練 <input type="checkbox"/> 失語訓練 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 退院時指導	<input type="checkbox"/> 評価
アウトカム		<input type="checkbox"/> 合併症の治療終了	<input type="checkbox"/> 病棟内W/C自立( )	<input type="checkbox"/> 病棟内杖歩行自立( )	<input type="checkbox"/> 入院79日以内で在宅退院( )		

発症日 年 月 日

入院日 年 月 日

患者名 様

主治医

F病棟

旭川赤十字病院・吉田病院脳卒中連携クリニカルパス(重症: B2以上)												
病棟	入院										退院	
経過	入院時	(21日目まで)			(56日目まで)			(79日目まで)			(103日目)	
		リハビリテーションII			リハビリテーションIII			リハビリテーションIV				
カンファレンス(C)	<input type="checkbox"/> 初回面接 ( / )	<input type="checkbox"/> 初期C ( / )			<input type="checkbox"/> 後期C ( / )			<input type="checkbox"/> 退院前C ( / )				
Dr.	<input type="checkbox"/> 合併症の有無 <input type="checkbox"/> 初期評価( ) <input type="checkbox"/> リハ処方( )	<input type="checkbox"/> 心機能管理、定期検査(PT-INR) <input type="checkbox"/> 排尿管理 <input type="checkbox"/> 水分・栄養管理 <input type="checkbox"/> 合併症治療 <input type="checkbox"/> 転倒管理	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 方針確認	<input type="checkbox"/> 定期検査(PT-INR) <input type="checkbox"/> 排尿管理 <input type="checkbox"/> 水分・栄養管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻造設検討 <input type="checkbox"/> 経過予後説明 <input type="checkbox"/> 本人家族意志確認	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 方針決定 <input type="checkbox"/> 装具判定	<input type="checkbox"/> 定期検査(PT-INR) <input type="checkbox"/> 排尿管理 <input type="checkbox"/> 装具処方 <input type="checkbox"/> 入院継続・退院決定 (在宅・転院・施設)	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 退院先決定	<input type="checkbox"/> 定期検査(PT-INR) <input type="checkbox"/> 排尿管理 <input type="checkbox"/> 転院用情報書	<input type="checkbox"/> 情報提供	<input type="checkbox"/> 回診		
Ns.	<input type="checkbox"/> 初期看護計画立案( )	<input type="checkbox"/> 看護計画修正・評価			<input type="checkbox"/> 看護計画修正・評価			<input type="checkbox"/> 看護計画修正・評価			<input type="checkbox"/> 看護計画修正・評価 <input type="checkbox"/> 退院時指導	<input type="checkbox"/> 看護要約
栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養管理計画書	<input type="checkbox"/> 栄養管理			<input type="checkbox"/> 栄養管理			<input type="checkbox"/> 栄養管理			<input type="checkbox"/> 栄養管理	
薬剤師	<input type="checkbox"/> 服薬チェック	<input type="checkbox"/> 服薬管理			<input type="checkbox"/> 服薬管理			<input type="checkbox"/> 服薬管理			<input type="checkbox"/> 服薬管理	
MSW	<input type="checkbox"/> 介護保険説明 <input type="checkbox"/> 施設申込		<input type="checkbox"/> 方針確認	<input type="checkbox"/> 介護保険申請 (28日目)	<input type="checkbox"/> 方針決定 <input type="checkbox"/> 転院調整	<input type="checkbox"/> 訪問調査	<input type="checkbox"/> 退院先決定 <input type="checkbox"/> 介護度決定 (70日目)	<input type="checkbox"/> ケースシート作成				
ADL自立度		A1, A2, B1, B2, C1, C2			A1, A2, B1, B2, C1, C2			A1, A2, B1, B2, C1, C2			A1, A2, B1, B2, C1, C2	
Brunnstrom		手( ) 上肢( ) 下肢( )			手( ) 上肢( ) 下肢( )			手( ) 上肢( ) 下肢( )			手( ) 上肢( ) 下肢( )	
FIM		点			点			点			点	
PT		<input type="checkbox"/> 初期評価( ) <input type="checkbox"/> ROM訓練 <input type="checkbox"/> 基本動作訓練 <input type="checkbox"/> 座位訓練	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 装具判定 (下肢)	<input type="checkbox"/> 基本動作訓練 <input type="checkbox"/> 車椅子移動訓練 <input type="checkbox"/> 座位訓練	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 装具判定	<input type="checkbox"/> 立位訓練 <input type="checkbox"/> 車椅子移動訓練 <input type="checkbox"/> 装具作成	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 訪問調査	<input type="checkbox"/> 平行棒内歩行訓練 <input type="checkbox"/> 車椅子移動訓練	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 転院用情報書			
OT		<input type="checkbox"/> 初期評価( ) <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> ROM訓練 <input type="checkbox"/> 高次脳訓練	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 装具判定 (上肢)	<input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 高次脳訓練	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 装具判定	<input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 高次脳訓練	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 訪問調査	<input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 高次脳訓練	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 転院用情報書			
ST		<input type="checkbox"/> 初期評価( ) <input type="checkbox"/> 失語症訓練 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 構音訓練	<input type="checkbox"/> 評価	<input type="checkbox"/> 失語症訓練 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 構音訓練	<input type="checkbox"/> 評価	<input type="checkbox"/> 失語症訓練 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 構音訓練	<input type="checkbox"/> 評価	<input type="checkbox"/> 失語症訓練 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 構音訓練	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 転院用情報書			
アウトカム											<input type="checkbox"/> 入院105日以内で退院、転院、施設入所( / )	

発症日 平成 年 月 日

入院日 平成 年 月 日