



15. 退院時基本情報



ID No.									
ふりがな 氏 名					性 別	☐ 男 ☐ 女			
生年月日	19	年	月	日	年 齢	(歳)			
入院期間 (急性期医療機関)	20	年	月	日	～	20	年	月	日
入院期間 (回復期医療機関・ 連携先医療機関)	20	年	月	日	～	20	年	月	日
症 状 等	発症日	20	年	月	日	☐ 初発 ☐ 再発(初回20 年 月 日)			
	主病名	☐ 脳出血 ☐ くも膜下出血 ☐ 脳梗塞 (☐ アテローム血栓性脳梗塞 ☐ 心原性脳塞栓症) ☐ ラクナ梗塞 ☐ その他 () ☐ TIA ☐ その他の脳血管障害(脳動静脈奇形・もやもや病・脳動脈解離・上記以外)							
	部 位	☐ 大脳 ☐ 脳幹 ☐ 小脳				☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側			
	治療内容	手術 (年 月 日) ☐ 有 (術式) ☐ 無				t-PA療法 ☐ 有 ☐ 無			
	基礎疾患	☐ 高血圧(服薬 ☐ 有 ☐ 無) ☐ 心房細動(服薬 ☐ 有 ☐ 無) ☐ 糖尿病(服薬 ☐ 有 ☐ 無) ☐ 脂質異常症(服薬 ☐ 有 ☐ 無)							
基礎疾患等	☐ 心疾患(服薬 ☐ 有 ☐ 無) ☐ 末梢動脈疾患(服薬 ☐ 有 ☐ 無) ☐ 消化器疾患(服薬 ☐ 有 ☐ 無) ☐ 症候性てんかん(服薬 ☐ 有 ☐ 無) ☐ 慢性腎不全(服薬 ☐ 有 ☐ 無 人工透析 ☐ 有 ☐ 無) ☐ アレルギー(食物・薬物) ☐ その他()								
	合併症								
薬 剤	☐ ワルファリン ☐ プラザキサ ☐ アスピリン ☐ プレタール ☐ プラビックス ☐ その他の抗血小板薬 ☐ 降圧薬 ☐ 硝酸薬 ☐ 抗不整脈薬 ☐ インスリン ☐ 経口血糖降下薬 ☐ 脂質改善薬 ☐ 向精神薬 ☐ 睡眠薬								
病院名・担当科		登録日		担当医名					
		20 年 月 日							

ID No.										
援助の 必要性	日常生活 動作	起居動作 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助) 座位保持 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助) 移 動 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助) 手段～ ☐ 車いす ☐ 歩行器 ☐ 補助つえ 食事方法 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助) 食事形態 (☐ 普通食 ☐ それ以外 ☐ 経管栄養) 口腔ケア (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助) 入 浴 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助) 整 容 (整髪・洗顔・ひげそり含む) (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助) 更 衣 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助) 排 泄 排便～ ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 排尿～ ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 コミュニケーション (意志の疎通) (☐ できる ☐ 一部できる ☐ できない) その他 () [高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) : J (1 , 2) A (1 , 2) B C]								
		障がいの 状 態	☐ ことば (☐ 失語 ☐ 構音障がい)				☐ 感覚障がい (☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側)			
			☐ 麻痺 (☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側)				☐ 失調 ☐ 半盲			
			☐ 嚥下障がい				☐ 高次脳機能障がい			
		介護認定	☐ 無 ☐ 有 (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) ☐ 申請中							
身体障がい者手帳	☐ 無 ☐ 有 (1・2・3・4・5) 級 ☐ 申請中									
病院名・担当科		登録日		担当医名						
		20 年 月 日								



16. これからの診療予定



再発予防のための私の目標

退院

退院 (20 年 月 日)

- ☐ 自覚症状のチェック ()
- ☐ かかりつけ医にかかりながら健康管理
- ☐ 薬をきちんと服用
 - (☐ 降圧薬 ☐ 抗血小板薬・抗凝固薬
 - ☐ 経口血糖降下薬 ☐ 脂質改善薬)
- ☐ 定期的な検査
 - (血圧、PT-INR、血糖、HbA1c、LDLなど)
- ☐ 体重の管理 (目標 kg)
- ☐ たばこ ()
- ☐ お酒 ()
- ☐ 一日の塩分を減らす
- ☐ 自宅でのリハビリを続ける



6ヶ月

6ヶ月後医療機関受診 (20 年 月 日)

●基礎疾患のチェック

- ☐ 血液検査
- ☐ CT・MRI
- ☐ 頭部MRA
- ☐ 頸動脈エコー
- ☐ 心電図
- ☐ ABI

●生活習慣のチェック

- ☐ 体重
- ☐ 血圧
- ☐ 服薬
- ☐ たばこ
- ☐ お酒
- ☐ その他 ()

1年

1年後医療機関受診 (20 年 月 日)

●基礎疾患のチェック

- ☐ 血液検査 ☐ CT・MRI ☐ 頭部MRA
- ☐ 頸動脈エコー ☐ 心電図 ☐ ABI

●生活習慣のチェック

- ☐ 体重 ☐ 血圧
- ☐ 服薬 ☐ たばこ
- ☐ お酒 ☐ その他

2年

2年後医療機関受診 (20 年 月 日)

●基礎疾患のチェック

- ☐ 血液検査 ☐ CT・MRI ☐ 頭部MRA
- ☐ 頸動脈エコー ☐ 心電図 ☐ ABI

●生活習慣のチェック

- ☐ 体重 ☐ 血圧
- ☐ 服薬 ☐ たばこ
- ☐ お酒 ☐ その他

3年

3年後医療機関受診 (20 年 月 日)

●基礎疾患のチェック

- ☐ 血液検査 ☐ CT・MRI ☐ 頭部MRA
- ☐ 頸動脈エコー ☐ 心電図 ☐ ABI

●生活習慣のチェック

- ☐ 体重 ☐ 血圧
- ☐ 服薬 ☐ たばこ
- ☐ お酒 ☐ その他

4年

4年後医療機関受診 (20 年 月 日)

●基礎疾患のチェック

- ☐ 血液検査 ☐ CT・MRI ☐ 頭部MRA
- ☐ 頸動脈エコー ☐ 心電図 ☐ ABI

●生活習慣のチェック

- ☐ 体重 ☐ 血圧
- ☐ 服薬 ☐ たばこ
- ☐ お酒 ☐ その他

5年

5年後医療機関受診 (20 年 月 日)

●基礎疾患のチェック

- ☐ 血液検査 ☐ CT・MRI ☐ 頭部MRA
- ☐ 頸動脈エコー ☐ 心電図 ☐ ABI

●生活習慣のチェック

- ☐ 体重 ☐ 血圧
- ☐ 服薬 ☐ たばこ
- ☐ お酒 ☐ その他

17. これからのリハビリについて



リハビリは治療と同じように大事なこと！
運動だけでなく、毎日の生活そのものがリハビリです。
下記を参考に、これからも、続けましょう。

内 容	強 さ	時 間	頻 度	注意事項

歩行、食事、家事などの 日常生活動作などで、留意すること

.....

.....

.....

.....

.....

.....

生活の中でできるリハビリ・ 閉じこもりを防ぐための工夫について

.....

.....

.....

.....

.....

.....

記載医療機関	
記載者名	



病気の記録

病気の記録



18. 退院後の診療計画と記録

基礎疾患のコントロール: 担当医記入							
	日	付	記載方法	/	/	/	/
血液検査	医療機関						
	身長	cm					
	体重	kg					
	血圧	/	/	/	/	/	/
	INR (血液凝固能検査)						
	食後血糖値 (h)						
	HbA1c (JDS) (国際)						
	総コレステロール						
	LDLコレステロール						
	HDLコレステロール						
中性脂肪							
	クレアチニン/eGFR	/	/	/	/	/	/
尿アルブミン/尿蛋白	/	/	/	/	/	/	/
生活習慣	たばこ	禁煙: 0 喫煙: 1					
	お酒	なし: 0 過量: 2 適量: 1					
服薬	降圧薬	継続: 0 中断: 1					
	抗血小板薬	継続: 0 中断: 1					
	抗凝固薬	継続: 0 中断: 1					
	糖尿病治療薬 (インスリン含む)	継続: 0 中断: 1					
	脂質改善薬	継続: 0 中断: 1					

* 右ページの事象評価に該当する状況(脳卒中再発等)が確認された場合は、事象評価発生連絡票(協議会ホームページからダウンロード可)により専門医まで御報告をお願いします。

半年後の評価
(担当医)
(必須)

日	付	/
医療機関		
CT・MRI		
無症候性脳梗塞の進行 ☐ なし ☐ あり		
白質病変の進行 ☐ なし ☐ あり		
微小出血の増加 ☐ なし ☐ あり		
MRA (頭蓋内)		
新たな血管病変 (瘤・解離) ☐ なし ☐ あり		
狭窄病変の進行 ☐ なし ☐ あり		
頸動脈エコー ☐ 退院~6ヶ月以内施行なし ☐ 施行あり		
右側狭窄度 (%) 右MaxIMT (mm)		
左側狭窄度 (%) 左MaxIMT (mm)		
心電図 ☐ 退院~6ヶ月以内施行なし ☐ 施行あり		
心房細動 ☐ なし ☐ あり		
ABI ☐ 退院~6ヶ月以内施行なし ☐ 施行あり		
右側低下 (<0.9) ☐ なし ☐ あり		
左側低下 (<0.9) ☐ なし ☐ あり		
●追跡評価		
1. 通院の中断 ☐ なし ☐ あり		
2. 薬物治療の中断 ☐ なし ☐ あり		
3. 基礎疾患の増悪 ☐ なし ☐ あり		
4. 採血・生理検査未実施(採血/心電図/ABI) ☐ なし ☐ あり		
5. 画像検査未実施(CTかMRI/頸動脈エコー) ☐ なし ☐ あり		
6. 障がい高齢者の日常生活自立度 ランクBまたはCに該当 ☐ なし ☐ あり		
1. 循環型連携中断 ☐ なし ☐ あり		
2. 循環型連携終了 ☐ なし ☐ あり		
3. 連携ノート紛失・再発行 ☐ なし ☐ あり		
●事象評価(アウトカム)		
1. 脳卒中(脳梗塞、TIA、脳出血、くも膜下出血)の再発/CEA、CAS、バイパス ☐ なし ☐ あり		
2. 処置・治療を要する冠動脈疾患(ACS発症/ステント/バイパス等)による入院 ☐ なし ☐ あり		
3. 処置・治療を要する末梢動脈疾患(PAD (ASO)発症/ステント/バイパス等)による入院 ☐ なし ☐ あり		
4. 人工透析の導入 ☐ なし ☐ あり		
5. がんの発症 ☐ なし ☐ あり		
6. 肺炎、骨折等、その他の疾病による入院 ☐ なし ☐ あり		
7. 処置・治療を伴う(外来・入院)合併症の発症(出血/低血糖/横紋筋融解症等) ☐ なし ☐ あり		
8. 日常生活自立度Ⅲ以上 ☐ なし ☐ あり		
9. 死亡 ☐ なし ☐ あり		
10. その他() ☐ なし ☐ あり		

* 定期評価の結果は、コピーして登録すると共にカルテに残す。

病気の記録

病気の記録



19. 生活の記録(ヶ月～ ヶ月)

記載日(20 年)	月 日	月 日	月 日	月 日
再発予防のための目標				
体重(kg)(目標 kg)				
血圧(mmHg)(目標 /)	/	/	/	/
服 薬	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)
たばこ	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)
お 酒	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)
その他()	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)
からだの調子や 気になる症状など				
目標に対する感想など				
担当医の意見				

記載日(20 年)	月 日	月 日	月 日	月 日
再発予防のための目標				
体重(kg)(目標 kg)				
血圧(mmHg)(目標 /)	/	/	/	/
服 薬	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)
たばこ	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)
お 酒	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)
その他()	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)
からだの調子や 気になる症状など				
目標に対する感想など				
担当医の意見				

※生活習慣を2週間毎に自分でチェックしましょう
 ※受診時は主治医に生活習慣を確認してもらいましょう



19. 生活の記録(ヶ月～ ヶ月)

記載日(20 年)	月 日	月 日	月 日	月 日
再発予防のための目標				
体重(kg)(目標 kg)				
血圧(mmHg)(目標 /)	/	/	/	/
服 薬	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)
たばこ	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)
お 酒	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)
その他()	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)
からだの調子や 気になる症状など				
目標に対する感想など				
担当医の意見				

記載日(20 年)	月 日	月 日	月 日	月 日
再発予防のための目標				
体重(kg)(目標 kg)				
血圧(mmHg)(目標 /)	/	/	/	/
服 薬	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)
たばこ	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)
お 酒	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)	(守った・まあまあ・不十分)
その他()	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)	(できた・まあまあ・不十分)
からだの調子や 気になる症状など				
目標に対する感想など				
担当医の意見				

※生活習慣を2週間毎に自分でチェックしましょう
 ※受診時は主治医に生活習慣を確認してもらいましょう





－同意書(急性期医療機関用)－

- ①急性期から回復期へ転院する場合
- ②急性期から自宅に退院する場合

脳卒中で入院された方へ

脳卒中のケアは、「早期の治療」、「リハビリ」、「介護・在宅ケア」「再発防止のための生活の見直し」を一連のものとして、関係者が連携をとりあい、進めていくことが重要です。

当院は、地域のさまざまな医療・介護・保健担当者と連携して、共通の診療計画書（脳卒中地域連携クリティカルパス）に基づいて、治療・療養をすすめていきます。

当院からの医療情報を連携先の医療機関・介護施設、あるいは、かかりつけ医・在宅支援サービス事業者へ伝えるとともに、その後の医療・介護情報を、定期的に当院に提供していただくことで循環型の情報共有システムとなり、切れ目のない質の高い医療を目指すこととなります。（医療機関等はノートP23に記載）

また、この医療情報を、匿名化し、連結活用させていただくことで、地域における、より良い脳卒中治療・介護・再発予防につなげていきたいと考えております。

医療情報・個人情報すべて安全に管理され、個人情報が公表されたり、患者様の許可なく他の目的に使用されることは一切ありません。

なお、ご協力いただけない場合でも、これからの治療に何ら不利益を生じることはありません。

当主旨に御理解をお願いしますとともに、御協力をよろしくお願いします。

医療機関名：

説明を行った医師(自署)：

北海道地域連携クリティカルパス同意書

私は、上記の内容につき説明を受け、クリティカルパスに基づいて治療を受けることに同意します。

また、あわせて、連携病院に定期受診をできなかった場合の追跡調査および調査情報の活用に関心があります。

平成 年 月 日

患者氏名 (印)

代理人氏名 (印) (本人との続柄：)

－同意書(回復期医療機関用)－

脳卒中で入院された方へ

脳卒中のケアは、「早期の治療」、「リハビリ」、「介護・在宅ケア」「再発防止のための生活の見直し」を一連のものとして、関係者が連携をとりあい、進めていくことが重要です。

当院は、地域のさまざまな医療・介護・保健担当者と連携して、共通の診療計画書（脳卒中地域連携クリティカルパス）に基づいて、治療・療養をすすめていきます。

当院からの医療情報を連携先の医療機関・介護施設、あるいは、かかりつけ医・在宅支援サービス事業者へ伝えるとともに、その後の医療・介護情報を、定期的に当院に提供していただくことで循環型の情報共有システムとなり、切れ目のない質の高い医療を目指すこととなります。（医療機関等はノートP23に記載）

また、この医療情報を、匿名化し、連結活用させていただくことで、地域における、より良い脳卒中治療・介護・再発予防につなげていきたいと考えております。

医療情報・個人情報すべて安全に管理され、個人情報が公表されたり、患者様の許可なく他の目的に使用されることは一切ありません。

なお、ご協力いただけない場合でも、これからの治療に何ら不利益を生じることはありません。

当主旨に御理解をお願いしますとともに、御協力をよろしくお願いします。

医療機関名：

説明を行った医師(自署)：

北海道地域連携クリティカルパス同意書

私は、上記の内容につき説明を受け、クリティカルパスに基づいて治療を受けることに同意します。

また、あわせて、連携病院に定期受診をできなかった場合の追跡調査および調査情報の活用に関心があります。

平成 年 月 日

患者氏名 (印)

代理人氏名 (印) (本人との続柄：)