

秘 脳卒中退院情報連絡票

患 者 氏 名	フリガナ		男 女	生年月日	明治 大正 年 月 日 ( ) 歳 昭和					
	市・町・村				電話 ( )					
診 断 名	1. 脳出血 2. 脳梗塞 (a. アテローム血栓性脳梗塞 b. ラクナ梗塞 c. 心原性脳梗塞 d. 病型不明の脳梗塞) 3. くも膜下出血 4. 病型不明の脳卒中 Brannch Atheromatous Disease( BAD )はアテローム血栓性梗塞に含む									
主 な 基 礎 疾 患	1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 心臓病 (a. 心房細動 b. 虚血性心疾患 c. その他 ( )) 4. 高脂血症 5. その他 ( ) 6. なし 7. 不明									
入 院	年 月 日			退院	年 月 日					
退 院 先	1. 自宅 2. 転院 ( ) 3. 施設入所 ( ) 4. 死亡									
現 況	1. 言語障害 ( 有 ・ 無 ) 2. 認知症 ( 有 ・ 無 )									
	3. 麻痺 ( なし 右片麻痺 左片麻痺 両側麻痺 その他 ( ) )									
寝 た き り 度	0. 自立 1. 部分自立 (ランク J : 介助なしの屋外外出可能) 2. 準寝たきり (ランク A : 介助なしの外出不可能) 3. 寝たきり (ランク B : 座位) 4. 寝たきり (ランク C : 臥位)									
退 院 時 A D L	移動	1. 全面介助	食事	1. 全面介助	入浴	1. 全面介助	排泄	1. 全面介助	着衣	1. 全面介助
		2. 部分介助		2. 部分介助		2. 部分介助		2. 部分介助		2. 部分介助
		3. 自立			3. 自立			3. 自立		
		4. 正常			4. 正常			4. 正常		
退院後の医療機関	( )									
退院時指導内容										
介 護 保 険 状 況	1. 申請なし 2. 申請予定 3. 申請中 4. 認定あり									
今後療養上、特に注意すること	1. 再発予防 2. 基礎疾患の管理 3. 治療継続 4. 各種教室の参加 5. その他 ( )									
連 絡 先	退院連絡票				施設名					
	作成年月日				医師名					

なお、提供された情報は、「島根県脳卒中等情報システム事業実施要綱」の定めた目的（脳卒中の発症予防や社会復帰の促進、寝たきり防止に努める）以外に使用することはありません。

今後の療養については、主治医や市町村役場の保健師等によく相談しましょう。

なお、様式は 1 枚目医療機関等控、2 枚目本人用、3 枚目保健所提出用、4 枚目市町村送付用の 4 枚複写となっているので、1 枚目と 2 枚目のみ医療機関等ではずし、3 枚目と 4 枚目は併せて、保健所へ提出する。

秘 脳卒中退院情報連絡票

患 者 氏 名	フリガナ		男 女	生年月日	明治 大正 年 月 日 ( ) 歳 昭和					
	市・町・村				電話 ( )					
診 断 名	1. 脳出血 2. 脳梗塞 (a. アテローム血栓性脳梗塞 b. ラクナ梗塞 c. 心原性脳梗塞 d. 病型不明の脳梗塞) 3. くも膜下出血 4. 病型不明の脳卒中 Brannch Atheromatous Disease( BAD )はアテローム血栓性梗塞に含む									
主 な 基 礎 疾 患	1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 心臓病 (a. 心房細動 b. 虚血性心疾患 c. その他 ( )) 4. 高脂血症 5. その他 ( ) 6. なし 7. 不明									
入 院	年 月 日			退院	年 月 日					
退 院 先	1. 自宅 2. 転院 ( ) 3. 施設入所 ( ) 4. 死亡									
現 況	1. 言語障害 ( 有 ・ 無 ) 2. 認知症 ( 有 ・ 無 )									
	3. 麻痺 ( なし 右片麻痺 左片麻痺 両側麻痺 その他 ( ) )									
寝 た き り 度	0. 自立 1. 部分自立 (ランク J : 介助なしの屋外外出可能) 2. 準寝たきり (ランク A : 介助なしの外出不可能) 3. 寝たきり (ランク B : 座位) 4. 寝たきり (ランク C : 臥位)									
退 院 時 A D L	移動	1. 全面介助	食事	1. 全面介助	入浴	1. 全面介助	排泄	1. 全面介助	着衣	1. 全面介助
		2. 部分介助		2. 部分介助		2. 部分介助		2. 部分介助		2. 部分介助
		3. 自立			3. 自立			3. 自立		
		4. 正常			4. 正常			4. 正常		
退院後の医療機関	( )									
退院時指導内容										
介 護 保 険 状 況	1. 申請なし 2. 申請予定 3. 申請中 4. 認定あり									
今 後 療 養 上、特 に 注 意 す る こ と	1. 再発予防 2. 基礎疾患の管理 3. 治療継続 4. 各種教室の参加 5. その他 ( )									
連 絡 先	退院連絡票				施設名					
	作成年月日				医師名					

なお、提供された情報は、「島根県脳卒中等情報システム事業実施要綱」の定めた目的（脳卒中の発症予防や社会復帰の促進、寝たきり防止に努める）以外に使用することはありません。

今後の療養については、主治医や市町村役場の保健師等によく相談しましょう。

なお、様式は 1 枚目医療機関等控、2 枚目本人用、3 枚目保健所提出用、4 枚目市町村送付用の 4 枚複写となっているので、1 枚目と 2 枚目のみ医療機関等ではずし、3 枚目と 4 枚目は併せて、保健所へ提出する。

## 秘 脳卒中退院情報連絡票

患 者 氏 名	フリガナ		男 女	生年月日	明治 大正 年 月 日 ( ) 歳 昭和					
	市・町・村				電話 ( )					
診 断 名	1. 脳出血 2. 脳梗塞 (a. アテローム血栓性脳梗塞 b. ラクナ梗塞 c. 心原性脳梗塞 d. 病型不明の脳梗塞) 3. くも膜下出血 4. 病型不明の脳卒中 Brannch Atheromatous Disease( BAD )はアテローム血栓性梗塞に含む									
主 な 基 礎 疾 患	1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 心臓病 (a. 心房細動 b. 虚血性心疾患 c. その他 ( )) 4. 高脂血症 5. その他 ( ) 6. なし 7. 不明									
入 院	年 月 日			退院	年 月 日					
退 院 先	1. 自宅 2. 転院 ( ) 3. 施設入所 ( ) 4. 死亡									
現 況	1. 言語障害 ( 有 ・ 無 ) 2. 認知症 ( 有 ・ 無 )									
	3. 麻痺 ( なし 右片麻痺 左片麻痺 両側麻痺 その他 ( ) )									
寝 た き り 度	0. 自立 1. 部分自立 (ランク J : 介助なしの屋外外出可能) 2. 準寝たきり (ランク A : 介助なしの外出不可能) 3. 寝たきり (ランク B : 座位) 4. 寝たきり (ランク C : 臥位)									
退 院 時 A D L	移動	1. 全面介助	食事	1. 全面介助	入浴	1. 全面介助	排泄	1. 全面介助	着衣	1. 全面介助
		2. 部分介助		2. 部分介助		2. 部分介助		2. 部分介助		2. 部分介助
		3. 自立		3. 自立		3. 自立		3. 自立		3. 自立
		4. 正常		4. 正常		4. 正常		4. 正常		4. 正常
退院後の医療機関	( )									
退院時指導内容										
介 護 保 険 状 況	1. 申請なし 2. 申請予定 3. 申請中 4. 認定あり									
今後療養上、特に注意すること	1. 再発予防 2. 基礎疾患の管理 3. 治療継続 4. 各種教室の参加 5. その他 ( )									
連 絡 先	退院連絡票				施設名					
	作成年月日				医師名					

なお、提供された情報は、「島根県脳卒中等情報システム事業実施要綱」の定めた目的（脳卒中の発症予防や社会復帰の促進、寝たきり防止に努める）以外に使用することはありません。

今後の療養については、主治医や市町村役場の保健師等によく相談しましょう。

なお、様式は 1 枚目医療機関等控、2 枚目本人用、3 枚目保健所提出用、4 枚目市町村送付用の 4 枚複写となっているので、1 枚目と 2 枚目のみ医療機関等ではずし、3 枚目と 4 枚目は併せて、保健所へ提出する。

秘

脳卒中退院情報連絡票

患者氏名	フリガナ		男 女	生年月日	明治 大正 年 月 日 ( ) 歳 昭和					
住所	市・町・村 電話 ( )									
診断名	1. 脳出血 2. 脳梗塞 (a. アテローム血栓性脳梗塞 b. ラクナ梗塞 c. 心原性脳梗塞 d. 病型不明の脳梗塞) 3. くも膜下出血 4. 病型不明の脳卒中 Brannch Atheromatous Disease( BAD )はアテローム血栓性梗塞に含む									
主な基礎疾患	1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 心臓病 (a. 心房細動 b. 虚血性心疾患 c. その他 ( )) 4. 高脂血症 5. その他 ( ) 6. なし 7. 不明									
入院	年 月 日			退院	年 月 日					
退院先	1. 自宅 2. 転院 ( ) 3. 施設入所 ( ) 4. 死亡									
現況	1. 言語障害 ( 有 ・ 無 ) 2. 認知症 ( 有 ・ 無 )									
	3. 麻痺 ( なし 右片麻痺 左片麻痺 両側麻痺 その他 ( ) )									
寝たきり度	0. 自立 1. 部分自立 (ランク J : 介助なしの屋外外出可能) 2. 準寝たきり (ランク A : 介助なしの外出不可能) 3. 寝たきり (ランク B : 座位) 4. 寝たきり (ランク C : 臥位)									
退院時 A D L	移動	1. 全面介助	食事	1. 全面介助	入浴	1. 全面介助	排泄	1. 全面介助	着衣	1. 全面介助
		2. 部分介助		2. 部分介助		2. 部分介助		2. 部分介助		2. 部分介助
		3. 自立			3. 自立			3. 自立		
		4. 正常			4. 正常			4. 正常		
退院後の医療機関	( )									
退院時指導内容										
介護保険状況	1. 申請なし 2. 申請予定 3. 申請中 4. 認定あり									
今後療養上、特に注意すること	1. 再発予防 2. 基礎疾患の管理 3. 治療継続 4. 各種教室の参加 5. その他 ( )									
連絡先	退院連絡票				施設名					
	作成年月日				医師名					

なお、提供された情報は、「島根県脳卒中等情報システム事業実施要綱」の定めた目的（脳卒中の発症予防や社会復帰の促進、寝たきり防止に努める）以外に使用することはありません。

今後の療養については、主治医や市町村役場の保健師等によく相談しましょう。

なお、様式は 1 枚目医療機関等控、2 枚目本人用、3 枚目保健所提出用、4 枚目市町村送付用の 4 枚複写となっているので、1 枚目と 2 枚目のみ医療機関等ではずし、3 枚目と 4 枚目は併せて、保健所へ提出する。