

< 市脳卒中発症者名簿 (H17.1.1 ~ 12.31) >

住所	氏名	性別	年齢	初発 再発 不明	病名	発症年月日	基礎疾患 高血圧 糖尿病 心臓病 高脂血症 その他 なし 不明	退院年月日	退院先 (1:自宅 2:転院 3:施設入所)	退院時 要たまり度	退院時ADL 移動 食事 入浴 排泄 着衣	認知症 有無	死亡の機会 年月日	死因	発症歴	発症面接 実施の有無 (1:有 2:無)	退院ヶ月日後 の要たまり度
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	

脳卒中発症者管理票

寝たきり度 J A B C

登録番号	氏名	年月日
—	—	—
登録年月日	年 月 日	

住所	市 町 村	TEL	職業	死亡・転出・施設入所 その他 ()
病名	本人 家族	保険の種類	障害年金	転帰 障害者手帳
既往歴の有無・管理状況	家族構成			
脳卒中 () 才 ()	氏名			
高血圧症 () 才 ()	生年月日			
狭心症 () 才 ()	続柄			
心筋梗塞 () 才 ()	本人			
その他の心臓病 () 才 ()				
糖尿病 () 才 ()				
腎臓病 () 才 ()				
高脂血症 () 才 ()				
眼底出血 (+ ・ -)				
* 既往歴の管理状況、健診受診状況、保健活動参加状況についても記入する。				
* 介護者に○印、複数の場合には主な介護者に◎をつける(氏名欄)				
* 介護者については、介護前後で職業の変化(退職等)				
発症要因と考えられること				
家族歴 実父 ——— 実母 ——— 本人 ——— ——— 子 ———				
飲酒 飲まない・時々・毎日 () 合 タバコ 吸わない・やめた・吸う () 本				
家屋構造上の問題点				

	年 月 日 訪電・その他	年 月 日 訪電・その他	年 月 日 訪電・その他	年 月 日 訪電・その他
<p>本 一般状態 治療状態 悩み、 困っているこ 人 と等</p>	<p>血圧 ～ J・A・B・C</p>	<p>血圧 ～ J・A・B・C</p>	<p>血圧 ～ J・A・B・C</p>	<p>血圧 ～ J・A・B・C</p>
<p>介護者について (困っていること、要望等)</p>				
<p>今後の方針 (福祉機器の利用状況、要望)</p>				
<p>看護、保健指導の 内容 その他</p>				<p>訪問指導者名 ()</p>