

脳卒中等情報システム事業各種様式の記入要領

(様式2号)脳卒中発症情報連絡票 記入要領

情報提供については、患者または家族等の同意を得て記入してください。

患者氏名	氏名を記入し、フリガナをつけ、男女のいずれかを で囲む。
生年月日	明治・大正・昭和のいずれかを で囲み、年月日及び発症時の満年齢を記入する。
住所	現住所を記入し、電話番号も記入する。
発症年月日	発病した年月日を記入する。
初発・再発の別	初発・再発・不明のいずれかの番号を で囲む。再発の場合は初発の年月を記入し、不明の場合は年月不明を で囲む。
診断名	該当する診断名の番号を で囲む。脳梗塞の場合は、該当する病型を で囲み、病型不明、分類不能の脳梗塞の場合は、dを で囲む。 但し、BADはアテローム血栓性梗塞に含むものとする。
主な基礎疾患	基礎疾患として該当する疾患があれば番号を で囲み、基礎疾患がない場合及び不明の場合は、6、7をそれぞれ で囲む。
連絡先	連絡票の作成が医療機関等の場合は、当該医療機関等名を医療機関等以外の場合は、連絡票作成時に受療している医療機関名と主治医名を記入する。連絡票連絡先氏名は連絡票を作成した人の氏名を記入する。電話番号は連絡票作成者のものを記入する。医療機関等でない場合は氏名の後に市町村名を記入する。連絡票作成年月日も記入する。

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。

(様式3) 脳卒中退院情報連絡票 記入要領

情報提供については、患者または家族等の同意を得て記入してください。

患 者 氏 名	氏名を記入し、フリガナをつけ、男女のいずれかを で囲む。
生 年 月 日	明治・大正・昭和のいずれかを で囲み、年月日及び発症時の満年齢を記入する。
住 所	現住所を記入し、電話番号も記入する。
診 断 名	該当する診断名の番号を で囲む。脳梗塞の場合は、該当する病型を で囲み、病型不明、分類不能の脳梗塞の場合は、dを で囲む。 但し、BADはアテローム血栓性梗塞に含むものとする。
主 な 基 礎 疾 患	基礎疾患として該当する疾患があれば番号を で囲み、基礎疾患がない場合及び不明の場合は、6、7をそれぞれ で囲む。
入院・退院年月日	入院及び退院した年月日を記入する。
退 院 先	退院先について、該当する項目を で囲み、転院、施設入所の場合は転院、施設入所先を()内に記入する。
現 況	言語障害や認知症の有無及び麻痺の状況などを記入する。
寝 た き り 度	日常生活自立度(寝たきり度)を次ページの表1を参考にして該当する番号に で囲む。
退 院 時 A D L	ADL(日常生活動作)の5項目それぞれについて、次ページの表2を参考にして、自立の程度の番号1～4に該当するものを で囲む。
退院後の医療機関	退院後の医療機関等について機関名を記入する。(今後通院予定の医療機関や紹介先医療機関等名など)
退院時指導内容	退院時に行った指導内容など主なものを記入する。
介 護 保 険 状 況	介護保険の申請状況について、当てはまる番号を で囲む。
療 養 上 注 意 する こと	今後、患者が療養するにあたり、特に注意すべき事柄で当てはまるもの全てを で囲む。また、同様に保健師が退院後、保健指導などを行う際、特に指導してほしい項目としても当てはまるもの全てを で囲む。
連 絡 先	連絡票作成の医療機関名と主治医名を記入する。

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。

表1 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 1. 交通機関を利用して外出する。 2. 隣近所なら外出する。
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 1. 介助により外出し、日中ほとんどベッドから離れて生活する。 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。 1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 2. 介助により車椅子に移乗する。
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 1. 自力で寝返りをうつ。 2. 自力では寝返りもうたない。

表2 退院時ADLの判定基準

1	全面介助	全面的に介助が必要な場合。自分一人では出来ない状態。
2	部分介助	自分でも行える部分はあるが、見守りや手をかしてもらうなど一部介助が必要な場合。 例) 移動・・・杖、歩行器などを使用して一人で移動できるが、転びやすかったり足がうまく上がらず見守りや所々介助が必要な場合。 食事・・・自助具などを使用し、部分的に介助を受けながら食事をする場合。一人だと一気に食べてしまい、むせる場合など少しずつ誰かが分けて提供する場合。 入浴・・・浴槽への出入りやお湯をかけた後、体を洗ったりすることに見守りや介助が必要な場合。 排泄・・・排泄前後の処理（下着を脱ぐ、おしりを拭く、ズボンをあげる）などの行為に介助がいる場合。また、トイレの場所がわからないがその都度誘導すれば、自分で出来る場合は部分介助とする。 着衣・・・かぶる、袖を通す、衣服の上げ下ろしなど部分的に介助が必要な場合。着る順番がちくはぐで一つずつ、手渡しが必要な場合。
3	自立	セッティング(用意すれば)・声かけなど行えば、大体自分で行える場合。
4	正常	用意、見守り、促しなど必要なく一人で出来る状態。

(様式6号) 脳卒中発症面接票 記入要領

この面接票は再発予防を目的に発症の誘因、本人の病識や生活習慣意識などを訪問、健康相談等個別対応時に聞き取り、同時に正しい予防知識を啓発するために活用するものである。

初発・再発	いずれかを で囲む。
年齢及び病名	発症時の満年齢及び病名を記入する。脳梗塞については、病型がわかれば記入する。
面接時寝たきり度	面接等を実施したときの寝たきり度を記入する。(表1参照)
住所及び面接者	現住所と面接した人(複数であれば当てはまるもの全て)を記入する。
発症・面接年月日	発症した年月日と面接した年月日を記入する。
労働状況	発症前1ヶ月時点での仕事の状況を記入する。 備考欄に仕事をやめた、休職中、職場変更などを記入する。
訪問時ADL	面接したときのADLを記入する。
生活習慣	発症前の状況と初回面接時と初回面接から約6ヶ月後の状況について記入する。 初回面接時と6ヶ月後は年月日を記入する。
健康診断等受療状況	健康診断を発症前1年に受けていたかどうかを聞く。基本健康診査は集団方式、医療機関どちらでも良い。結果について、本人は知っていたが配偶者は知らなかったという場合があったとしても、健康診断の結果を本人が知っていたかどうかを記入する。 1年間健康診断を受けていない場合は とする。他の疾患で治療中で医療機関に受診していた場合でも、基本健康診査のような内容の検査や診察をしていなければ とする。
受療状況	既往歴の有無を左側の欄に ×する。発症前の状況、初回面接時、6ヶ月後の状況について記入する。受療状況の判断基準は表3による。血圧値は既往歴の有無にかかわらず、値を記入する。
病識	面接時の意識について記入する。
現在の状況	初回面接時、初回面接後から6ヶ月後の時期に、面接者が本人と話をした結果感じた本人の意識や実践度を記入する。 面接時の年月日を忘れずに記入する。
ケースの特記事項	面接の中で、発症誘因、現況、健康管理面、再発予防のための実践や意識などの点で特記すべき事項があれば記入する。 また、今までの項目に当てはまらないもので特記すべき事項があれば記入する。

表3

受療状況の判断基準

1 診察・服薬治療	定期的に診察を受け、指導内容、服薬を守っている。	完全管理
2 服薬のみ	受診は不規則だが、きちんと服薬治療している	
3 観察中	治療の必要はないが、定期的な診察が必要で、きちんと観察できている	
4 不完全治療	診察・服薬治療が不十分	不完全管理
5 観察不十分	定期的な診察等による経過観察が不十分	
6 治療中断	以前は診察を受けていた(服薬治療、血圧測定、食事指導等)が止めた	治療中断
7 放置	指摘されたことはあるがそのまま放置している	放置