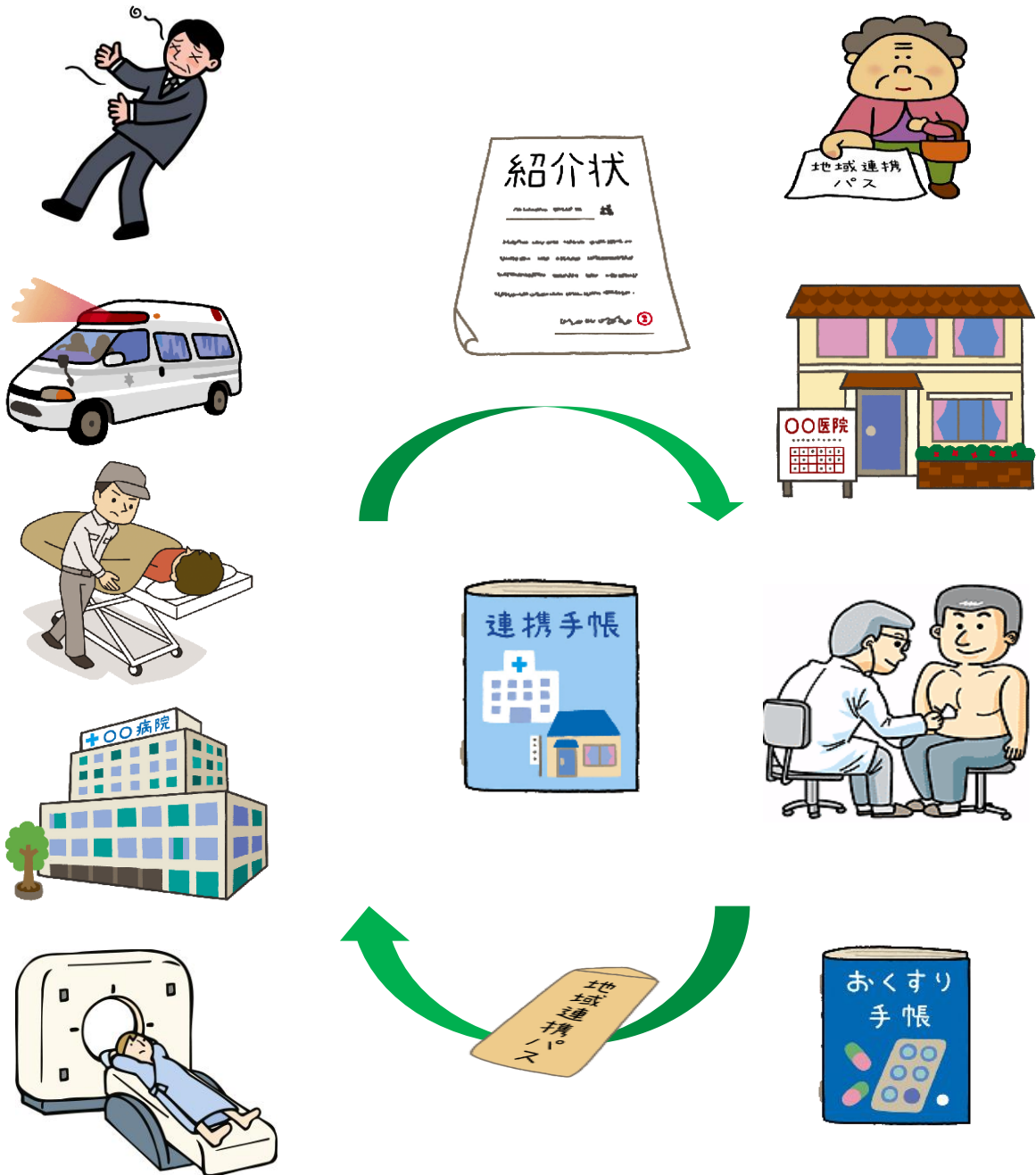


高岡医療圏地域連携ネットワーク

脳卒中地域連携パス

(急性期から維持期)



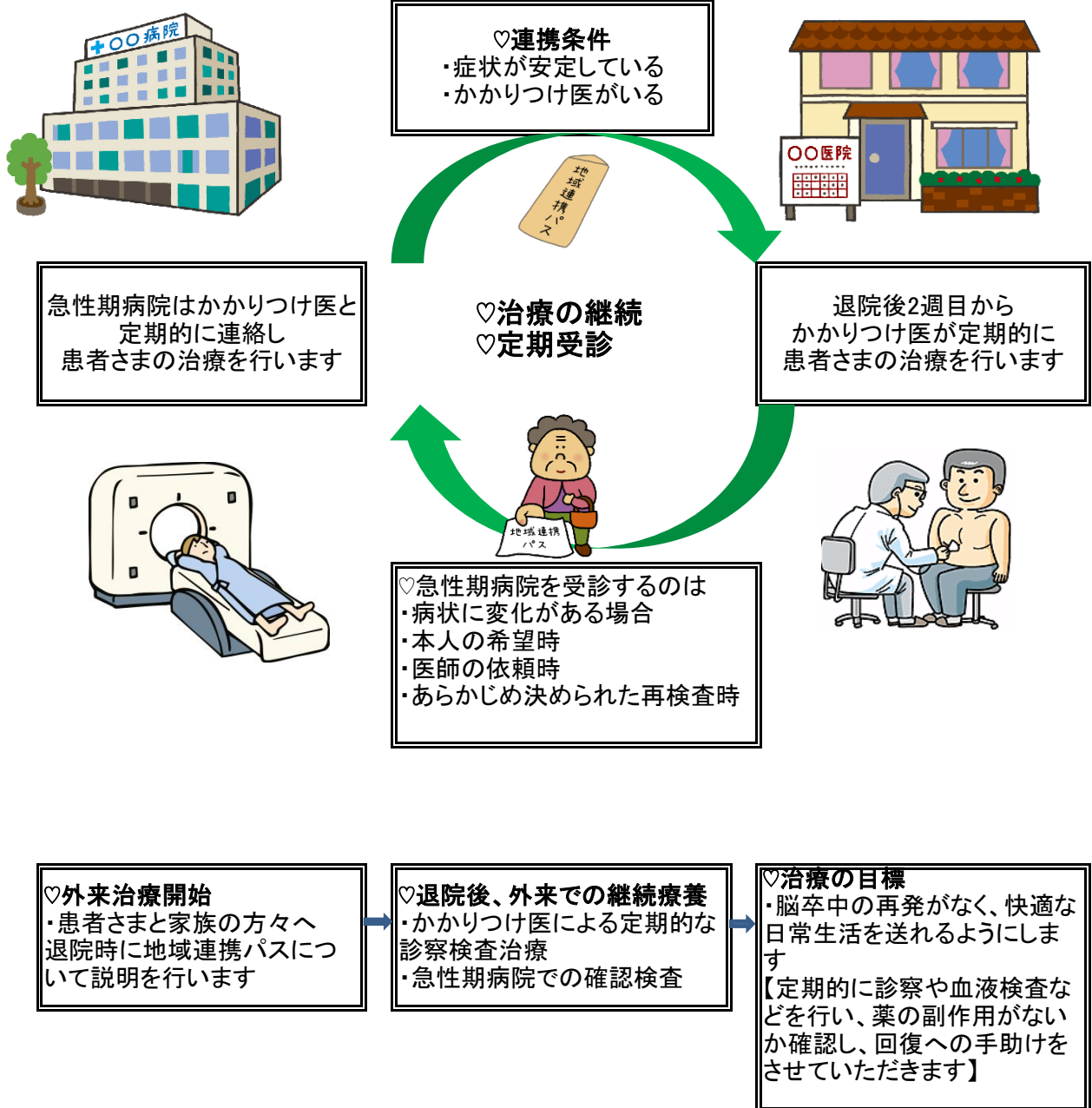
病院

連携医

高岡医療圏地域連携ネットワーク

脳卒中地域連携パス

これは、かかりつけ医と急性期病院の連携により、退院後、急性期からの一貫した治療をかかりつけ医と病院の間で継続して受けて頂くための診療計画表です。
病気(脳卒中)から身を守るために定期的に通院し、素敵な毎日を送りましょう



退院後の診療と脳卒中地域連携パスについて(説明・同意書)

当院では、わかりやすく安全で質の高い医療を目指し、「脳卒中地域連携パス」を用いて地域のかかりつけ医と連携して診療を行っています。脳卒中地域連携パスでは病気の経過を予測し、患者さんごとに最も良い診療となるように計画を立てます。内容をご本人ご家族に納得していただいたうえで急性期病院とかかりつけ医が協力して診療にあたります。脳卒中地域連携パスは状態に応じその都度、患者さんと医療者が共同で利用するようになっています。

《目的》

私たちは、脳卒中地域連携パスを用いて、病院の専門医と地域のかかりつけ医が、同じ治療方針にもとづき安全で質の高い医療を提供できる体制作りを考えています。この診療連携では、患者さんを中心に、関係するすべての医療者が、治療方針や検査結果を共有しながら、診療のためのネットワークの中で協力します。

《方法》

受診の都度に携行していただく「脳卒中地域連携パス」を利用します。病院の専門医が、退院後の治療計画をご本人ご家族と相談決定し、脳卒中地域連携パスを策定します。地域のかかりつけ医が投薬と日常の健康管理などを担当し、当院が節目の診察・検査を行います。夜間や休日に体調が変わって、他の救急医療機関を受診する場合にも、この地域連携パスを持参していただければ、大切な情報を伝えることができます。

《期待されること》

脳卒中地域連携パスを用いると、病院の主治医とかかりつけ医のほか、薬局や訪問看護ステーションなどの関連機関が、同じ情報に基づいてかかわることが可能となります。また、異常の早期発見やきめ細かな対応が望めます。さらには、検査の重複や必要な検査の脱落を防ぐ効果もあり、病院や診療所の混雑が緩和されるでしょう。余裕ができればご本人ご家族のお話をもっとゆっくりとかがえるようになります。

《同意と撤回の自由》

私たちは、この脳卒中地域連携パスが患者さん本人の診療の方針に沿っており、療養生活に合っているかどうかを吟味し、使用の方が良いと考えた場合にお勧めします。医療スタッフがご本人ご家族と、十分に相談しながら運用を進めます。途中での、お申し出による中止はいつでも可能です。

《費用負担》

この連携診療のために生ずる、保険診療以外の特別な費用のご負担はありません。ご不明な点やご心配があれば、いつでもお尋ね下さい。

このたび、脳卒中地域連携パスの利用について、目的・方法・期待されること・同意と撤回の自由、費用負担等につき十分な説明を担当医から受け、よく理解しました。
脳卒中地域連携パスの利用について同意します。

平成 年 月 日 患者氏名 _____

説明・同意確認医 _____ 病院 _____ 科 医師 _____

説明補助者(職種) _____ 氏名 _____

高岡医療圏脳卒中地域連携パス

| | | | | | | | |
|--------------------|--|---------|----|-------------|----------|------------|---|
| かかりつけ医 | | | | 入院医療機関 | | | |
| 医院・クリニック 病院 | | | | 病院 | | | |
| 先生 | | | | 担当医 | | | |
| 氏名 | | 性別: 男・女 | | 生年月日: M・T・S | | 年 月 日 (歳) | |
| 住所 | | | 電話 | | | | |
| 主病名 | 脳梗塞 : <input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> アテローム血栓性 <input type="checkbox"/> 心原性 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| その他病名 | | | | | | | |
| 入院日 (発症日) | 平成 年 月 日 | | | 退院日 | 平成 年 月 日 | | |
| 退院後かかりつけ医 初回受診日 | | 年 月 日 | | 入院機関 再診日 | ① | 年 月 日 | ② |
| 入院経過 | | | | | | | |
| 危険因子 | 高血圧: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 糖尿病: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 脂質異常症: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 肥満: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 心房細動: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 喫煙: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 飲酒: <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| 投与薬剤 | | | | | | | |
| 介護 | 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V 介護とリハビリの注意点: | | | | | | |
| 連絡先 | | 施設名 | | 電話番号 | | 担当者名 | |
| ケアマネジャー | | | | | | | |
| 訪問看護ステーション | | | | | | | |

適用基準

・重篤な合併症を認めず、病状の安定した脳卒中患者（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）
（原則として、日常生活自立度のランクがA以下、II以下）

逸脱基準

・脳卒中の再発 ・薬物の副作用の出現 ・完全に服薬を中止した場合

パスの終了基準

・約1年後の精密検査時に、病状が安定している。

管理目標値

| | | |
|------|-------|----------------|
| | 血圧 | 140/90 mmHg 未満 |
| | BMI | 25 未満 |
| 血清脂質 | 中性脂肪 | 150 mg/dL 未満 |
| | LDL | 120 mg/dL 未満 |
| | HDL | 40 mg/dL 以上 |
| 糖代謝 | HbA1c | 6.5 % 未満 |

薬剤の副作用判定基準(参考値)

| | | |
|------|-------|-------------|
| 肝臓機能 | GOT | 100 IU/L 以上 |
| | GPT | 100 IU/L 以上 |
| | γ-GTP | 150 IU/L 以上 |
| 血液一般 | 白血球 | 3000 /μl 未満 |
| | 血小板 | 15万 /μl 未満 |

ワーファリンコントロールの基準

| | | |
|---------|---------------|---------------------------|
| PT-INR | 70歳未満 2.0～3.0 | ※PT-INRが高値の場合は、ワーファリンを減量 |
| | 70歳以上 1.6～2.6 | |
| トロンボテスト | 10～27% | ※トロンボテストが低値の場合は、ワーファリンを減量 |

注意事項

- この地域連携パスは、患者さまが持って、医療機関を受診していただきます
- 各医療機関において、地域連携パスのコピーを保存してください
- 必要に応じ、紹介状、主治医意見書などを添付してください(その場合、重複事項は記入不要)
- 可能であれば、退院時カンファレンスを行うことをお勧めします
- 採血は必要時に適宜行ってください
(パナルジンを投与している時は、投与2ヶ月までは2週間ごとに採血が必要です)
(ワーファリンを服用している時は、1ヶ月に1回程度の採血が適切です)
- 採血を実施した際は、必ず(□)内に実施の(レ)チェックを記入してください
- 観血的処置のために、抗血小板剤や抗凝固剤の中止が必要な場合は、専門医に相談してください
- 高血圧: 日本高血圧学会、高血圧治療ガイドライン2009年に準ずる
- 脂質異常: 日本動脈硬化学会、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007年に準ずる
- 運動習慣とは週3回、20分以上の散歩や運動を言います

高岡医療圏脳卒中地域連携パス

氏名

* 年 月 日 精密検査のために病院へお越してください

| 日付 | 退院時(/) | 退院後(/) | (/) | (/) | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--------|
| 経過日数 | | 2週後 | 4週後 | 6週後 | | |
| 達成目標 | 1. 脳卒中の再発がなく日常生活が送れる 2. 内服の必要性を理解し、内服の飲み忘れがない 3. 内服の副作用症状がない | | | | | |
| 検査実施及び薬剤の副作用と合併疾患の管理目標の確認 | 血算・生化学 | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | |
| | 白血球 (3000以上) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | |
| | 血小板 (15万以上) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | |
| | GOT (100 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | |
| | GPT (100 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | |
| | γ-GTP (150 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | |
| | LDL (120 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | | |
| | HDL (40 以上) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | | |
| | TG (150 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | | |
| HbA1c (6.5 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | | | |
| 抗血小板剤 | ①アスピリン | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | ②プラビックス or ③パナルジン or ④プレタール | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | ワーファリン | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | PT-INR (70歳未満2.0-3.0) PT-INR (70歳以上1.6-2.6) トロンボテスト(10-27) | | | | | |
| 抗凝固剤 | プラザキサ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 測定項目 | 体重 | kg | kg | kg | kg |
| | | 血圧 (140/90未満) | / mmHg | / mmHg | / mmHg | / mmHg |
| | | 脈拍数 | /分 | /分 | /分 | /分 |
| 日常生活チェック項目 | 服薬が守られている | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | |
| | 禁煙している | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | |
| | 運動をしている 3回/週、20分以上 | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | |
| | 症状の悪化() | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | 麻痺・言語障害の出現 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | その他() | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| 自由記録 (連絡欄) | | | | | | |
| 記録者サイン | | | | | | |

高岡医療圏脳卒中地域連携パス

氏名

* 年 月 日 精密検査のために病院へお越しください

| 日付 | (/) | (/) | (/) | (/) | |
|---------------------------|---|--|--|--|--|
| 経過日数 | 8週間後 | 3ヶ月後 | ヶ月後 | ヶ月後 | |
| 達成目標 | 1. 脳卒中の再発がなく日常生活が送れる 2. 内服の必要性を理解し、内服の飲み忘れがない 3. 内服の副作用症状がない | | | | |
| 検査実施及び薬剤の副作用と合併疾患の管理目標の確認 | 血算・生化学 | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| | 白血球 (3000以上) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | 血小板 (15万以上) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | GOT (100 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | GPT (100 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | γ-GTP (150 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | LDL (120 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | HDL (40 以上) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | TG (150 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| HbA1c (6.5 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | |
| 抗血小板剤 | ①アスピリン | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | ②プラビックス or ③パナルジン or ④プレタール | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | ワーファリン | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | PT-INR (70歳未満2.0-3.0) PT-INR (70歳以上1.6-2.6) トロンボテスト(10-27) プラザキサ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 測定項目 | 体重 | kg | kg | kg | kg |
| | 血圧 (140/90未満) | / mmHg | / mmHg | / mmHg | / mmHg |
| | 脈拍数 | /分 | /分 | /分 | /分 |
| 日常生活チェック項目 | 服薬が守られている | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| | 禁煙している | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| | 運動をしている 3回/週、20分以上 | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| | 症状の悪化() | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | 麻痺・言語障害の出現 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | その他() | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 自由記録 (連絡欄) | | | | | |
| 記録者サイン | | | | | |

高岡医療圏脳卒中地域連携パス

氏名

* 年 月 日 精密検査のために病院へお越してください

| 日付 | (/) | (/) | (/) | (/) | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|
| 経過日数 | ヶ月後 | ヶ月後 | ヶ月後 | ヶ月後 | |
| 達成目標 | 1. 脳卒中の再発がなく日常生活が送れる 2. 内服の必要性を理解し、内服の飲み忘れがない 3. 内服の副作用症状がない | | | | |
| 検査実施及び薬剤の副作用と合併疾患の管理目標の確認 | 血算・生化学 | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| | 白血球 (3000以上) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | 血小板 (15万以上) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | GOT (100 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | GPT (100 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | γ-GTP (150 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | LDL (120 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | HDL (40 以上) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | TG (150 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| HbA1c (6.5 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | |
| 抗血小板剤 | ①アスピリン | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | ②プラビックス or ③パナルジン or ④プレタール | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | ワーファリン | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | PT-INR (70歳未満2.0-3.0) PT-INR (70歳以上1.6-2.6) | | | | |
| 抗凝固剤 | トロンボテスト(10-27) | | | | |
| | プラザキサ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 体重 | kg | kg | kg | kg |
| | 血圧 (140/90未満) | / mmHg | / mmHg | / mmHg | / mmHg |
| 測定項目 | 脈拍数 | /分 | /分 | /分 | /分 |
| | 服薬が守られている | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| | 禁煙している | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| 日常生活チェック項目 | 運動をしている 3回/週、20分以上 | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| | 症状の悪化() | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | 麻痺・言語障害の出現 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | その他() | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | 自由記録 (連絡欄) | | | | |
| 記録者サイン | | | | | |

高岡医療圏脳卒中地域連携パス

氏名

* 年 月 日 精密検査のために病院へお越しください

| 日付 | (/) | (/) | (/) | (/) | |
|---------------------------|---|--|--|--|--|
| 経過日数 | ヶ月後 | ヶ月後 | ヶ月後 | ヶ月後 | |
| 達成目標 | 1. 脳卒中の再発がなく日常生活が送れる 2. 内服の必要性を理解し、内服の飲み忘れがない 3. 内服の副作用症状がない | | | | |
| 検査実施及び薬剤の副作用と合併疾患の管理目標の確認 | 血算・生化学 | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施 | <input type="checkbox"/> 実施 |
| | 白血球 (3000以上) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | 血小板 (15万以上) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | GOT (100 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | GPT (100 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | γ-GTP (150 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | LDL (120 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | HDL (40 以上) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| | TG (150 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |
| HbA1c (6.5 未満) | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 | |
| 抗血小板剤 | ①アスピリン | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | ②プラビックス or ③パナルジン or ④プレタール | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | ワーファリン | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | PT-INR (70歳未満2.0-3.0) PT-INR (70歳以上1.6-2.6) トロンボテスト(10-27) プラザキサ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 測定項目 | 体重 | kg | kg | kg | kg |
| | 血圧 (140/90未満) | / mmHg | / mmHg | / mmHg | / mmHg |
| | 脈拍数 | /分 | /分 | /分 | /分 |
| 日常生活チェック項目 | 服薬が守られている | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| | 禁煙している | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| | 運動をしている 3回/週、20分以上 | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| | 症状の悪化() | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | 麻痺・言語障害の出現 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | その他() | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 自由記録 (連絡欄) | | | | | |
| 記録者サイン | | | | | |