# 脳卒中地域連携パス改定ご使用の手引き

作成日:平成24年8月7日(火)

作成者:阿賀北脳卒中地域連携パス研究会

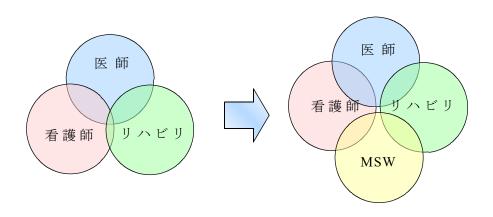
<b>目次</b>
I.趣旨3
Ⅱ.考え方3
Ⅲ.地域連携パスの使い方
①起動方法 4
②参照方法 4
③印刷方法 5
④入力方法 5
IV.各職種の使い方
1.医療ソーシャルワーカー・医療秘書(クラーク) 6
2.医師
(1)急性期 9
(2)回復期 13
3.看護師
(1)急性期・回復期共通 15
4.リハビリテーション
(1)急性期・回復期共通 ※一部回復期のみ 20

## I.趣旨

阿賀北脳卒中地域連携パス研究会は新潟市を中心として運営している新潟脳血管障害地域連携パス研究会と書式面での統一に向けて、昨年より新潟広域脳卒中地域連携パス協議会を発足、協議を続けて参りました。一年にわたる協議の末、当研究会は統一書式"新潟広域脳卒中地域連携パス"を運用させて頂く運びとなりました。これからも新潟県の脳卒中医療の橋渡しとして、今後ともよろしくお願い申し上げます。

## Ⅱ.考え方

新潟広域脳卒中地域連携パスの特徴として、従来の脳卒中地域連携パスには無い、患者情報(個人因子など)を新たに加え、各職種毎の情報もより充実し、いつでもどこの地域に於いても利用可能な内容となりました。また、生活期医療機関との情報共有を密にするため、必要な情報を充実させております。



## 生活期への情報

(患者・家族への説明、予後ついて情報提供可能になりました。

食事情報がより詳細になりました。

経済状況や家族状況が詳細になりました。

## Ⅲ.地域連携パスの使い方

#### ①起動方法

阿賀北脳卒中地域連携パスファイル(Excel ファイル※1)にマウスポインタを合わせ、 ダブルクリックして、ファイルを起動してください。



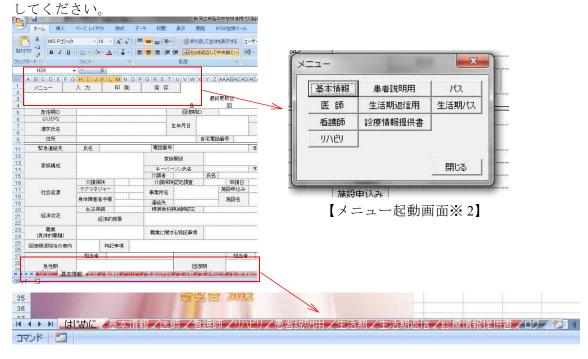
※阿賀北脳卒中地域連携パスは Excel2007 以降を推奨しています。 2007 以前の Excel で起動しない場合がございます。



【起動後の画面】

#### ②参照方法

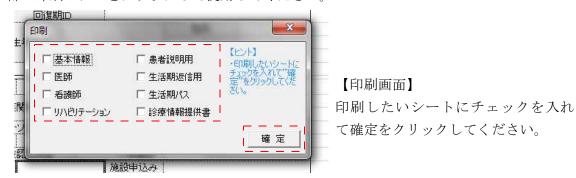
Excel 起動画面の上部のメニューボタンをクリックするか、下部にあるタブをクリック



※メニューは Excel のマクロ機能を無効の場合はご利用できない場合がございます。マクロ機能を有効にしてください。

## ③印刷方法

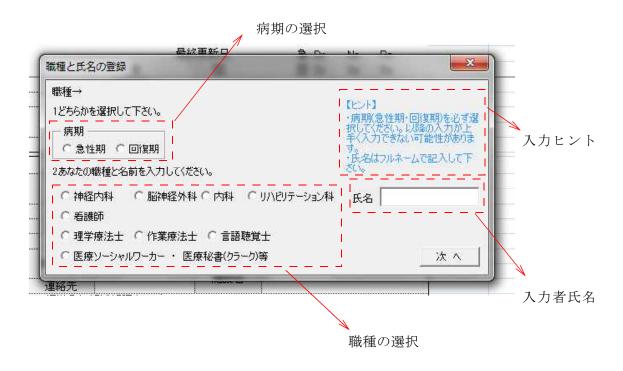
地域連携パスの核シートを印刷する場合は、Excel の通常で行う印刷方法に従うか、上部の印刷ボタンをクリックして使用してください。



## ④入力方法

地域連携パスの入力は上部の入力ボタンをクリックし、入力画面を起動し、指示に従って入力してください。





## IV.各職種の使い方

1.医療ソーシャルワーカー・医療秘書(クラーク)

#### (1)急性期・回復期共通

流れ:1)ID と患者属性→2)家族構成→3)社会資源→4)経済状況→5)コメント→6)転帰先

## 1)ID と患者属性

		<u> </u>	11
急性期ID	: 回復期ID		i
	※生年月日の入力につい	て (例)82約51年1月4日の場合→s51/1/4と入力	
	4 (1 (1 (1 (1 (1 (1 (1 (1 (1 (1 (1 (1 (1	<b>一 一 歳</b> :::::::::::::::::::::::::::::::::	1
ふりがな	生年月日		1
: 漢字氏名	世別		
	C		31
		- 女	-1
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
注:注:往所		1 2	
宅電話番号	14444111111111		
3-0-40-40-41			
入院日	※争性期入院口 ************************************		10
· · · · / / / / / / / / / / / / / / / /	※記性期入即日・・・・・・		- 1

## ① ID の入力

a.急性期 ID、回復期 ID:任意の数字を入力してください。

b.ふりがな:患者氏名のふりがなを入力してください。

c. 漢字氏名: 患者氏名を入力してください。

d.生年月日: 患者の生年月日を入力してください。(平成24年8月8日(水)場合は8/8

と入力)

e.性別:患者の性別を選択してください。

## ②住所等の入力

a.住所: 患者の住所を入力してください。

b.自宅電話番号: 患者の自宅電話番号を入力してください。

c.入院日:患者の急性期病院の入院日を入力してください。(平成 24 年 8 月 8 日(水)場合は 8/8 と入力)

③次へ: クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 2)家族構成



## ④緊急連絡先

a.氏名:緊急の場合、連絡する相手の氏名を入力してください。

b.電話番号:緊急連絡先の電話番号を入力してください。

c.本人との関係:連絡相手の本人との関係を入力してください。(例)妻、実弟

#### ⑤家族構成

a.家族構成: 当該患者の家族構成を入力してください。

b.家族関係: 当該患者の家族関係を入力してください。(例)不良など

c.キーパーソン氏名:キーパーソンの氏名を入力してください。

d.本人との関係:キーパーソの本人との関係を入力してください。(例)妹など

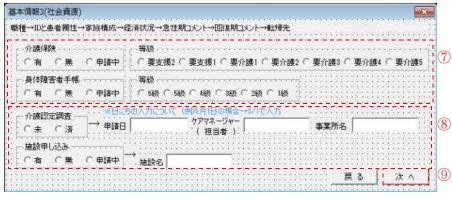
e.介護者:介護者の有無を選択してください。

f.氏名:介護者の有無で"有"を選択した場合、その氏名を入力してください。

g. 本人との関係: 当該介護者の患者本人との関係を入力してください。

⑥次へ: クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

## 3)社会資源



#### ⑦介護保険 • 身体障害者手帳

a.介護保険:介護保険の有無を選択してください。"有"を選択した場合は、右記の等級を選択してください。

b.身体障害者手帳:身体障害者手帳の有無を選択してください。"有"を選択した場合は、右記の等級を選択してください。

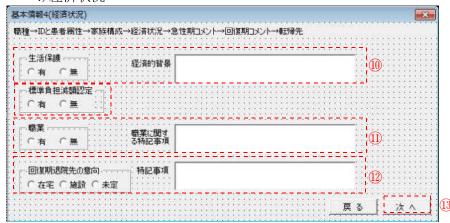
⑧介護認定調査・施設申し込み

a.介護認定調査が済んでいるかどうかを選択してください。"有"を選択した場合は、

右記の申請日、ケアマネージャー(担当者)、事業所名を入力してください。

- b.施設申し込み:施設申し込みの有無を選択してください。"有"を選択した場合は、 右記の施設名を入力してください
- ⑨次へ:クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 4) 経済状況



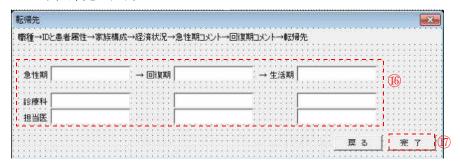
- ⑩生活保護:生活保護の有無を選択してください。"有"を選択した場合、右記の"経済的背景"を入力してください。
- ⑪標準負担減額認定:標準負担減額認定の有無を選択してください。
- ⑫職業:職業の有無を選択してください。"有"を選択した場合、右記の"職業に関する特記事項"を入力してください。
- ⑤次へ:クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 5) コメントの入力(急性期/回復期)



- ⑭コメントの入力:特記事項がある場合は文字情報を入力してください。
- ⑤次へ: クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 6) 転帰先の入力



#### 16転帰先

a.急性期、診療科、担当医:急性期医療機関名と診療科名、担当医氏名を入力してください。

b.回復期、診療科、担当医:回復期医療機関名と診療科名、担当医氏名を入力してください。

c.生活期、診療科、担当医:生活期医療機関名と診療科名、担当医氏名を入力してください。

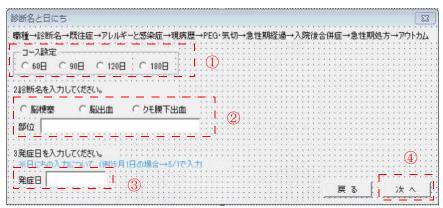
⑩完了クリックするとすべての入力が終了します。入力が完了した場合クリックしてく ださい。

#### 2.医師

#### (1) 急性期

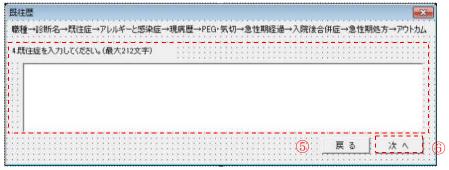
流れ:1) コース設定、診断名と発症日 $\rightarrow$ 2) 既往症 $\rightarrow$ 3) アレルギーと感染症 $\rightarrow$ 4) 現病歴  $\rightarrow$ 5) PEG と気切 $\rightarrow$ 6) 入院後合併症 $\rightarrow$ 7) 急性期処方 $\rightarrow$ 8) アウトカム

1)コース設定、診断名と発症日の入力

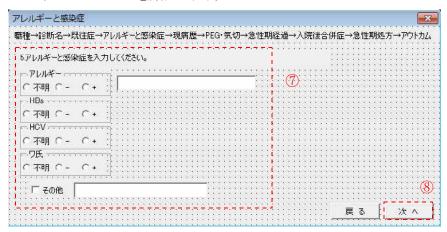


- ①コース設定:任意のボタンにチェックを入れてください。
- ②診断名:任意のボタンにチェックを入れ、部位を入力してください。
- ③発症日:任意の日付を入力してください。(平成24年8月8日(水)場合は8/8と入力)
- ③次へ:次へクリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 2) 既往症の入力



- ⑤既往症:任意の文字情報を入力してください。(最大 212 文字)
- ⑥次へ:次へクリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。
  - 3)アレルギーと感染症の入力

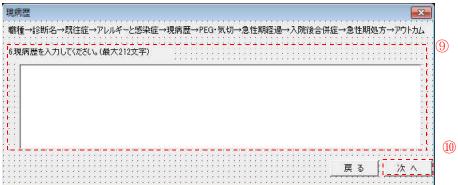


⑦アレルギーと感染症:アレルギー、感染症には HBs、HCV、ワ氏があります。

任意の検査状態にチェックを入れてください。なお、アレルギーに"+"を選択した場合、詳細を右記に文字入力してください。上記項目に該当しない場合で、伝達したい情報は"その他"にチェックを入れ、詳細を右記に文字入力してください。

④次へ:次へクリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 4) 現病歴の入力



⑨現病歴:任意の文字情報を入力してください。(最大 212 文字)

⑩次へ:次へクリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

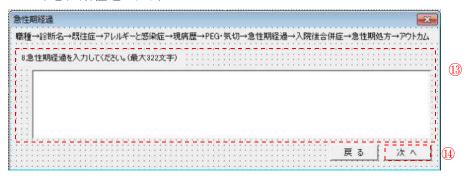
#### 5) PEG と気切の入力

PEG	※日にちの入力	(について (例)5月1日の場合	⊶5/1で入力 ::::	
C無 C1	造設日	種类質	次回交換日	
気切		<u></u>	<u>:::::::::::::::::::::::::::::::::::::</u>	(11)
C## C4	造設日	種類	サイズ	

① PEG と気切:有・無を選択し、有るを選択した場合は、右記の造設日、種類、交換日、サイズを入力してください。

⑫次へ:次へクリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

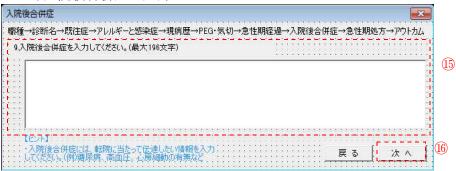
## 6) 急性期経過の入力



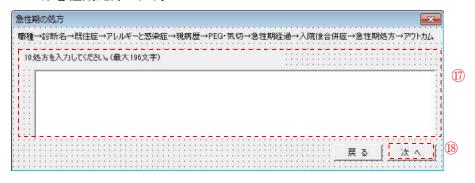
⑬経過:入院中の経過を文字情報として入力してください。(最大322文字)

⑭次へ:次へクリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 7) 入院後合併症の入力

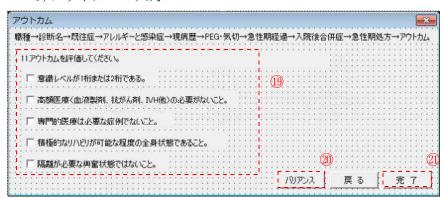


- ⑤入院後合併症:急性期入院中において、重要と思われる合併症を文字情報として入力 してください。(最大 196 文字)
- (例)糖尿病有り、心房細動有り、高血圧無しなど。
- ⑯次へクリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてく ださい。
  - 8) 急性期処方の入力



- ⑩急性期の処方:急性期入院中において、重要と思われる処方を文字情報として入力 してください。(最大196文字)
- ®次へクリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 9)アウトカムの入力

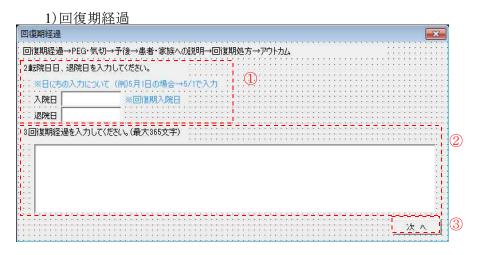


- ⑩アウトカム:達成されたアウトカムにチェックを入れてください。
- ⑩バリアンス:バリアンスが発生した場合、バリアンスボタンをクリックしてください。

②完了クリックするとすべての入力が終了します。入力が完了した場合クリックしてください。

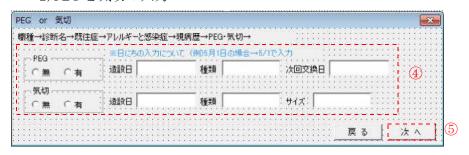
## (2)回復期

流れ:1)回復期経過 $\rightarrow$ 2)PEG と気切 $\rightarrow$ 3)予後 $\rightarrow$ 4)患者・家族への説明 $\rightarrow$ 5)処方  $\rightarrow$ 6)アウトカム



- ①入院日、退院日:任意の日付を入力してください。(平成24年8月8日(水)場合は8/8と入力)
- ②経過:入院中の経過を文字情報として入力してください。(最大322文字)
- ③次へクリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックし てください。

#### 2) PEG と気切の入力



- ④ PEG と気切:有・無を選択し、有るを選択した場合は、右記の造設日、種類、交換日、サイズを入力してください。
- ⑤次へ:次へクリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 3)予後の入力



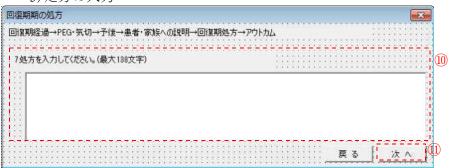
⑥予後: 当該患者の予後について、文字情報として入力してください。(最大 92 文字) ⑦次へ: 次へクリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 4) 患者・家族への説明の入力



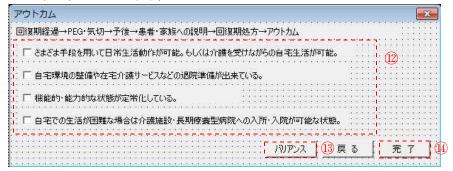
- ⑧患者・家族への説明:当該患者及び家族にどのように説明したのか、文字情報として 入力してください。
- ⑨次へ:次へクリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 5) 処方の入力



- ⑩回復期の処方:急性期入院中において、重要と思われる処方を文字情報として入力してください。(最大138文字)
- ①次へ:次へクリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 6)アウトカムの入力



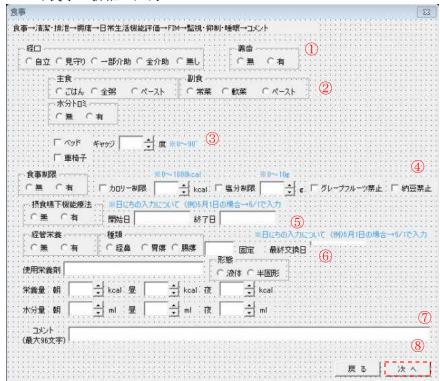
- 22アウトカム:達成されたアウトカムにチェックを入れてください。
- ⑬バリアンス:バリアンスが発生した場合、バリアンスボタンをクリックしてください。
- ⑭完了クリックするとすべての入力が終了します。入力が完了した場合クリックしてください。

## 3.看護師

(1)急性期・回復期共通

流れ:1)食事→清潔・排泄→褥瘡→日常生活機能評価→ FIM →監視・抑制・睡眠→コメント

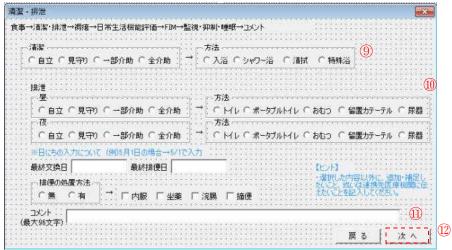
1)食事・排泄の入力



①経口:自力摂取可能かどうか選択してください。義肢(入れ歯)の有無についても選択してください。

- ②主食・副食・水分トロミ:食事の形態について選択してください。
- ③食事姿勢:食事の時の姿勢をベッド・車椅子から選択してください。ベッドの場合は ギャッジアップの角度についても入力してください。(0~90度まで)
- ④食事制限:制限の有無を選択し、有を選択した場合は、右記のカロリー制限・塩分制限・グレープフルーツ禁止・納豆禁止を選択してください。なお塩分制限は何gまでか入力してください。
- ⑤摂食嚥下機能療法:摂食嚥下機能療法実施の有無を選択してください。有を選択した 場合は、開始日と終了日を入力してください。
- ⑥経管栄養:経管栄養の有無を選択してください。有を選択した場合、右記の種類・固定・最終交換日・使用栄養剤・形態・栄養量・水分量を入力してください。
- ⑦コメント:特記事項がある場合は文字情報を入力してください。
- ⑧次へ: クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

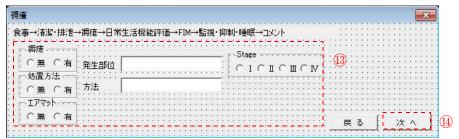




⑨清潔:清潔を自力で可能かどうか選択してください。右記に詳細を選択してください。 ⑩排泄:排泄の情報を昼・夜に分けて選択してください。排泄方法は右記方法を選択してください。留置カテーテルが行っている場合は、最終交換日を入力してください。最終排便日も入力してください。その場合排便の処置方法の有無、有を選択した場合は方法を選択してください。(複数選択可)

- ①コメント:特記事項がある場合は文字情報を入力してください。
- ⑩次へ:クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

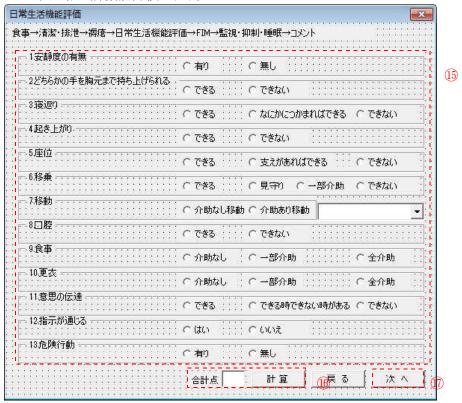
#### 3) 褥瘡の入力



⑬褥瘡:褥瘡の有無を選択してください。有を選択した場合、右記の発生部位と Stage (NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel)、処置方法の有無、具体的な方法を、エアマットの有無を入力してください。

④次へ:クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 4) 日常生活機能評価の入力



⑮日常生活機能評価:13 の項目の ADL 状況を選択してください。また。7.移動では右記に移動手段を選択してください。

(B)合計点:合計点が表示されます。項目を変更した場合、計算ボタンをクリックして再計算してください。

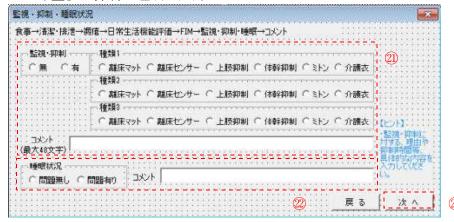
⑩次へ: クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 5) FIM の入力



- ® FIM: 18 の項目の ADL 状況を選択してください。
- ⑩合計点:合計点が表示されます。項目を変更した場合、計算ボタンをクリックして再計算してください。
- ⑩次へ: クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 6) 監視・抑制・睡眠の入力



- ②監視・抑制:監視・抑制の有無を選択してください。使用種類について、選択してください。(最大3個まで)監視・抑制に関するコメントはコメント欄に文字情報を入力してください。
- ②睡眠状況:問題無し・有りを選択してください。睡眠状況に関するコメントはコメント欄に文字情報を入力し てください。
- ②次へ: クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 7) コメントの入力



- 24コメント:特記事項がある場合は文字情報を入力してください。
- ②完了クリックするとすべての入力が終了します。入力が完了した場合クリックしてく ださい。

## 4.リハビリテーション

(1)急性期・回復期共通 ※一部回復期のみ

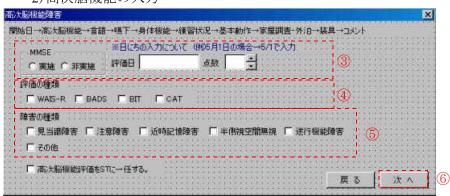
流れ:1) 開始日 $\rightarrow$ 2) 高次脳機能 $\rightarrow$ 3) 言語・コミュニケーション $\rightarrow$ 4) ST 嚥下評価 $\rightarrow$ 5) 身体機能 $\rightarrow$ 6) 練習状況 $\rightarrow$ 7) 家屋調査・試験外泊 $\rightarrow$ 8) 装具 $\rightarrow$ 9) コメント

#### 1)開始日の入力



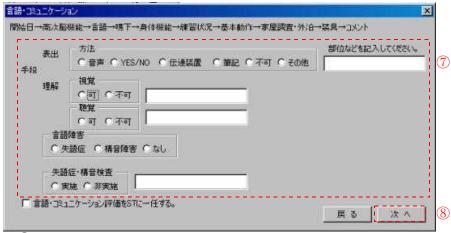
- ①開始日:各療法士の開始日を入力してください。(平成 24 年 8 月 8 日(水)場合は 8/8 と入力)
- ②次へ: クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

## 2) 高次脳機能の入力



- ③ MMSE: MMSE の実施・非実施を選択してください。実施を選択した場合は、"評価日"と"点数"を入力してください。
- ④評価の種類:入院期間に実施した評価にチェックを入れて下さい。
- ⑤障害の種類:評価の結果、障害があると思われるものにチェックを入れて下さい。
  ※ ST が介入している場合は、ここをチェックし、OT はこの項目をスキップしても構
- ⑥次へ: クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 3)言語・コミュニケーションの入力



#### ⑦手段

a.表出:表出方法を選択してください。方法を選択した場合、右記の"部位"を入力してください。(例)アイコンタクトなど

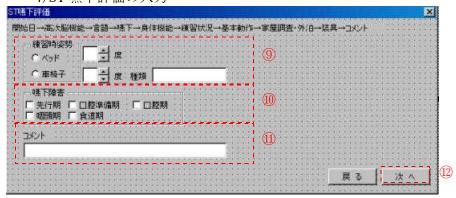
b.理解: 視覚・聴覚について、それぞれ選択してください。"可"を選択した場合、右 記の空欄に具体的な情報を入力してください。(例)眼鏡、補聴器など

c.言語障害:言語障害の種類を選択してください。

d.失語症・構音検査:検査を実施した場合、それぞれ選択してください。選択した場合、右記の""の空欄に検査法を入力してください。

⑧次へ: クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

4)ST 嚥下評価の入力



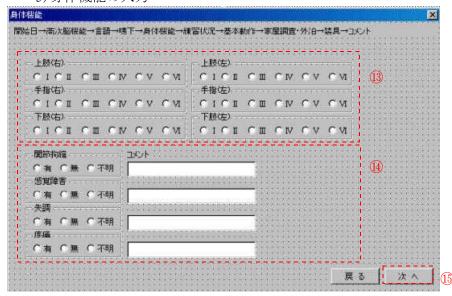
⑨練習時姿勢:ベッドあるいは車椅子を選択し、摂食練習時の姿勢(角度)を入力してください。また車椅子を選択した場合は、車椅子の種類を入力してください。(例)スタンダード、リクライニングなど

⑩嚥下障害:嚥下障害が起きているものにチェックを入れてください。

⑪コメント:特記事項がある場合は文字情報を入力してください。

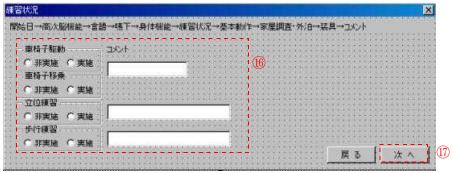
⑫次へ: クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

## 5) 身体機能の入力



- ⑬片麻痺の評価(Brunnstrom stage):任意の項目にチェックしてください。四肢麻痺の場合は両側をチェックしてください。
- ⑭関節拘縮、感覚障害、失調、疼痛:何れも異常な場合は任意のチェックをしてください。特記事項がある場合は、右記の"コメント"に記入してください。
- ⑤次へ: クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

## 6)練習状況の入力



- ⑩練習状況:車椅子駆動・車椅子移乗、立位練習、歩行練習について、実施状況を選択してください。"実施"している場合、右記のコメントに具体的な内容を文字情報として入力してください。
- ⑩次へ: クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

#### 6) 基本動作の入力



- 18基本動作能力:"起き上がり"、"座位保持"、"立位保持"、"主移動"、"階段昇降" "床からの立ち上がり・座り"から構成されます。実施した場合は右記の"コメント"を入力してください。
  - ※実施していない場合は"非実施"にチェックしてください。
  - ※転院時の状態をチェックしてください。
  - ⑩次へ: クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

## 7)家屋調査・試験外泊の入力(回復期のみ)

42444444444444		*****				10111
家屋調査 コメント		i separa e a		200		
○ 実施 ○ 非実施			111111	20	1111111	111111
試験外泊	1189957189957	19394349544	111311			111111
○実施 ○非実施					4 - 4 - 4 4	

- ②家屋調査・試験外泊:家屋調査・試験外泊の実施状況を選択してください。"実施"を選択した場合、右記の"コメント"を入力してください。
  - ②次へ:クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。
    - 8) 装具の入力(回復期のみ)



②装具:装具の使用の有無を選択してください。"有"を選択した場合、右記の項目を入

力してください。

a.種類:装具の種類(例)PTB、UDF など

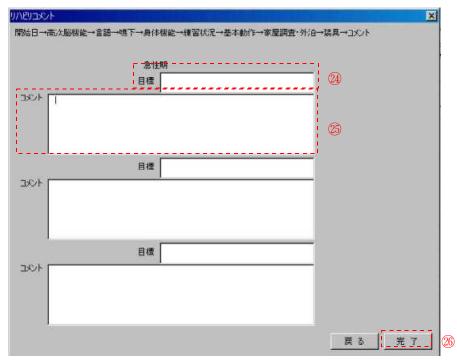
b.業者:製作業者名(例)○○義肢製作所

c.作成日:装具を作成した日にち(例)平成24年8月8日(水)場合は8/8

d.手帳・保険(例)医療保険

②次へ: クリックすると次のフェイズに進みます。入力が完了した場合クリックしてください。

## 9)コメントの入力



四目標:その当時の何を目標にして行っていたのかを記入してください。

③コメント:情報項目以外で、連携機関に伝達すべきである事柄を簡潔明瞭に記入する。 記入すべき優先事項として、個人因子(①人柄、②精神状態、③家族との関係、④悩み) で伝達すべきであることが有れば記入してください。

®完了クリックするとすべての入力が終了します。入力が完了した場合クリックしてください。

## 索引 [あ] アウトカム・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9,12,13,15 アレルギー ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9,10 [[/ 医療ソーシャルワーカー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2,6 医療秘書 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2,6 印刷方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2,5 「えヿ ) ST 嚥下評価 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・20,21 「かヿ 開始日・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16,20 回復期経過 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13 家屋調査 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20,23 家族構成 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6,7 看護師 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2,15 監視・抑制・睡眠・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15,19 患者属性 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6 患者・家族への説明・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13,14 感染症 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9,10 [き] 既往症 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9,10 気切 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9,11,13 起動方法 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2,4 急性期処方 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9,12 「けヿ 経済状況 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6,8 言語・コミュニケーション・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20,21 現病歴 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9,11 $\lceil z \rceil$ 高次脳機能 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20 コース設定 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9 [さ] 参照方法 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2,4 [し] 試験外泊 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20,23

社会資源・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6,7
食事・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15,16
身体機能・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20,22
診断名 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
褥瘡・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15,17
[世]
清潔・排泄・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15,16
[~]
装具・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20,23,24
[7]
転帰先 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
日常生活機能評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15,17
入院後合併症 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9,12
入力方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2,5
[tt]
発症日 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
[&]
FIM • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
[^]
PEG · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
[1]
予後・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13,14
[9]
リハビリテーション ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2,20
[れ]
練習状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20,22