

脳卒中あんしん
連携ノート



岐阜地域脳卒中パスキンググループ

ノートの使い方

- 医療機関受診時は必ず、外出時にはなるべく携帯しましょう。
- 医療従事者や福祉サービスの関係者にノートを見せることで療養状況の情報を共有することができます。
- 脳卒中ノートは、ご本人(またはご家族)が記入し管理します。

ご本人ご本人
(または家族)が
記入・管理。



みんなで
情報を共有。

生活履歴

| | |
|-----------------|------|
| <食生活にかかわる履歴> | |
| ① | |
| ② | |
| ③ | |
| ④ | |
| ⑤ | |
| ⑥ | |
| ⑦ | |
| ⑧ | |
| 4 ページ | |
| <居宅の状況> | |
| 1. 住居 ()人暮らし | |
| 日中 ()人・夜間 ()人 | |
| <主な介護者> | |
| お母さん (続柄) | |
| <住居の状況> | |
| 1. 住居 | 共同住宅 |
| 2. 家族単身の構 | 単身 |
| 3. 施設 | その他 |
| 4. 介護サービス | あり |
| 5. 介護の程度 | あり |
| 6. 介護の状況 | あり |
| 7. 介護の状況 | あり |
| 8. 介護の状況 | あり |
| 9. 介護の状況 | あり |
| <住居の周辺状況> | |
| 1. 近隣の介護 | あり |
| 2. 近隣の介護 | あり |
| 3. 近隣の介護 | あり |

外出時には
携帯を。



わたしの事

わたしの事

| | | | | |
|------|----------|---|---|---|
| ふりがな | | | | |
| 名前 | | 男 | ・ | 女 |
| 生年月日 | 平成 昭和 | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | 〒 | — | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 自宅電話 | | | | |
| | | | | |
| 携帯電話 | | | | |

| | | |
|-------|------|----|
| 緊急連絡先 | | |
| ① | 氏名 | 続柄 |
| | 自宅電話 | |
| | 携帯電話 | |
| ② | 氏名 | 続柄 |
| | 自宅電話 | |
| | 携帯電話 | |

病歴・福祉制度

<今までかかった病気>

| | |
|---|-----|
| ① | 歳の時 |
| ② | 歳の時 |
| ③ | 歳の時 |
| ④ | 歳の時 |
| ⑤ | 歳の時 |
| ⑥ | 歳の時 |
| ⑦ | 歳の時 |
| ⑧ | 歳の時 |

<使っている福祉制度>

| | |
|---|---------------------------------|
| 1 | 身体障害者手帳 級() |
| | 介護保険申請 有 ・ 無 ・ 申請中 |
| 2 | 介護認定区分 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 |
| 3 | 指定難病 |

<同居者>

| |
|-------------------|
| ()人 暮らし |
| 日中 ()人 ・ 夜間 ()人 |

<主な介護者>

| | |
|-----|------|
| なまえ | (続柄) |
|-----|------|

<住居の状況>

| | |
|----------|----------------------|
| 1 住居 | 一戸建て ・ 集合住宅 |
| 2 主な生活の場 | 1階 ・ 2階 ・ 2階以上 |
| 3 階段 | あり ・ なし |
| 4 エレベーター | あり ・ なし |
| 5 玄関の段差 | あり ・ なし |
| 6 手すり | あり ・ なし |
| 7 トイレ | 洋式 ・ 和式 |
| 8 風呂の改修 | あり ・ なし |
| 9 寝具 | 布団 ・ ベッド(ギャッチ あり・なし) |
| 10 その他 | () |

<住居の周辺状況>

| | |
|------------------|-------------|
| 1 玄関から道路に出るまでの状況 | (平地 ・ 階段あり) |
| 2 周辺の道路事情 | (坂が多い・車が多い) |
| 3 その他 | () |

かかりつけの医療機関

<脳卒中で入院した病院>

病院名

担当科

担当医師

電話

(代表)

(予約)

<回復期リハビリで入院した病院>

病院名

担当科

担当医師

電話

<かかりつけ医>

医院・クリニック名

電話

医院・クリニック名

電話

<かかりつけ薬局>

薬局名

電話

FAX

<ケアマネージャー>

施設名

担当者

電話

施設名

担当者

電話

あなたのサポーター

それぞれの役割

<かかりつけ医>

- 基礎疾患の治療及び再発の予防
- 専門医や急性期病院と協力した治療
- 健康や生活の相談
- 往診など



<訪問看護>

- 自分では気づかない症状の変化を観察しながら、主治医と連携した在宅医療の支援
- 本人や家族の医療、リハビリや介護の相談



<かかりつけ薬局>

- 病院・クリニックの処方せんの確認
- 薬の働きや副作用の説明
- 主治医と連携した服薬指導
- 居宅への訪問による薬の管理



<介護保険>

- 障がいがあっても住み慣れた場所で安心して生活するために、ケアマネージャーが対応
- デイサービスや訪問看護、入浴サービス・福祉用具等の調整



脳卒中の医療連携について

【急性期病院】

脳卒中を発症した時に緊急に検査をおこなったり、早期の治療を行う病院です。

【回復期病院】

回復期リハビリ病棟など、自宅や自宅に相当する生活の場(施設など)に帰る事を前提にリハビリを行い、機能の回復を図る病院です。

急性期病院

回復期病院

かかりつけ
薬局

ケアマネジャー

歯科医

訪問看護



かかりつけ医

【かかりつけ医】

身近な病院、クリニック、診療所など生活習慣病や持病の管理を行う医療機関です。

ワクチン接種、健康診断、主治医意見書の作成などの役割を果たしています。

同意書

わたしの事

脳卒中ノートの利用について、十分な説明を受け、その趣旨に賛同し、脳卒中ノートの利用と活用に同意します。

脳卒中ノートの使い方

- 1 目的
- 2 利用の方法
- 3 同意の撤回と自由

【 医師 】

同意日 年 月 日

担当医療機関名

医師名

【 患者本人 】

同意日 年 月 日

患者氏名

(代筆者) (続柄)

急性期病院 治療経過

患者ID

病院名

担当科

担当医師

<経過>

発症日 西暦 年 月 日

入院日 西暦 年 月 日

手術日 西暦 年 月 日

退院日 西暦 年 月 日

退院後の医療機関名

<治療内容>

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 脳 梗 塞 | <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓症 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓症 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> t-PA <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法 |
| <input type="checkbox"/> 脳 出 血 | <input type="checkbox"/> 被殻出血 <input type="checkbox"/> 視床出血 <input type="checkbox"/> 皮質下出血 <input type="checkbox"/> 小脳・脳幹出血 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 保存療法 <input type="checkbox"/> 脳室ドレナージ術 <input type="checkbox"/> 定位的血腫除去術 <input type="checkbox"/> 内視鏡的血腫除去術 <input type="checkbox"/> 開頭血腫除去術 |
| <input type="checkbox"/> ク モ 膜 下 出 血 | <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> クリップング <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 保存療法 水頭症手術日(VPS ・ LPS) 西暦 年 月 日 バルブタイプ() シヤント圧() |
| | 入院時 | 退院時 |
| mRS | | |
| BI | | |
| FIM | | |
| 日常生活機能 | | |

急性期

<障がい状況>

| | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | 麻痺（ 右上肢 ・ 右下肢） | <input type="checkbox"/> | 失語症 |
| | （ 左上肢 ・ 左下肢） | <input type="checkbox"/> | 認知障害 |
| <input type="checkbox"/> | 高次脳機能障害 | <input type="checkbox"/> | 排尿障害 |
| <input type="checkbox"/> | 構音障害 | | |
| <input type="checkbox"/> | 嚥下障害 | | |
| <input type="checkbox"/> | その他 | | |

| 急性期スタッフ コメント | | 署名 |
|--------------|--|----|
| 医師 | | |
| 看護師 | | |
| PT | | |
| OT | | |
| ST | | |
| MSW | | |
| 栄養士 | | |
| 薬剤師 | | |

投薬内容(急性期 退院時処方)

急性期

<薬剤名>

抗血小板薬

抗凝固薬

降圧薬

スタチン製剤・その他

血糖降下剤

その他

日常生活機能評価表 / 急性期 退院時

| 状況 | 0点 | 1点 | 2点 |
|--------------------|-----------|-----------------|------|
| 床上安静の指示 | なし | あり | |
| どちらかの手を胸元まで持ち上げられる | できる | できない | |
| 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない |
| 起き上がり | できる | できない | |
| 座位保持 | できる | 支えがあればできる | できない |
| 移乗 | できる | 見守り一部介助 | できない |
| 移動方法 | 介助を要しない移動 | 介助を要する移動(運送を含む) | |
| 口腔清潔 | できる | できない | |
| 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 他者への意志伝達 | できる | できる時とできない時がある | できない |
| 診療・療養上の指示が通じる | 通じる | 通じない | |
| 危険行動 | ない | ある | |
| 合計得点 | 点 | | |

急性期

※得点が低いほど、生活自立度が高い。

記載日 西暦 年 月 日

病院名

記載者

回復期病院 治療経過

脳梗塞
 脳出血
 SAI

お名前 _____

病院・クリニック名 _____

担当科 _____ 主治医 _____

<経過>

入院日 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 退院日 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 退院後の医療機関名 _____

<治療内容>

<入院中の重大な合併症>

脳卒中再発(脳梗塞 ・ 脳出血 ・ その他)
 肺炎
 骨折
 その他

| | 入院時 | 退院時 |
|--------|-----|-----|
| mRS | | |
| BI | | |
| FIM | | |
| 日常生活機能 | | |

回復期

回復期病院 退院時状況

<障がい状況>

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 麻痺（ 右上肢 ・ 右下肢） （ 左上肢 ・ 左下肢） | <input type="checkbox"/> 失語症 |
| <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 | <input type="checkbox"/> 認知障害 |
| <input type="checkbox"/> 構音障害 | <input type="checkbox"/> 排尿障害 |
| <input type="checkbox"/> 嚥下障害 | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

| 回復期スタッフ コメント | | 署名 |
|--------------|--|----|
| 医師 | | |
| 看護師 | | |
| PT | | |
| OT | | |
| ST | | |
| MSW | | |
| 栄養士 | | |
| 薬剤師 | | |

回復期

投薬内容(回復期 退院時処方)

<薬剤名>

抗血小板薬

抗凝固薬

降圧薬

スタチン製剤・その他

血糖降下剤

その他

回復期

日常生活機能評価表 / 回復期 退院時

| 状況 | 0点 | 1点 | 2点 |
|--------------------|-----------|-----------------|------|
| 床上安静の指示 | なし | あり | |
| どちらかの手を胸元まで持ち上げられる | できる | できない | |
| 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない |
| 起き上がり | できる | できない | |
| 座位保持 | できる | 支えがあればできる | できない |
| 移乗 | できる | 見守り一部介助 | できない |
| 移動方法 | 介助を要しない移動 | 介助を要する移動(運送を含む) | |
| 口腔清潔 | できる | できない | |
| 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 他者への意志伝達 | できる | できる時とできない時がある | できない |
| 診療・療養上の指示が通じる | 通じる | 通じない | |
| 危険行動 | ない | ある | |
| 合計得点 | 点 | | |

回復期

※得点が低いほど、生活自立度が高い。

記載日 西暦 年 月 日

病院名

記載者

回復期病院 運用チェックリスト

下記のチェックリストに沿って連携をお願いします。

- 診察時には、このノートの持参を確認。
- 発症した日から1年後に、急性期病院または回復期病院の受診を勧めて下さい。
- 維持期の病院へ受診する際には、このノートを持参することを、患者または家族へ連絡してください。

共通事項

回復期

維持期

バリエーションについて

パスの継続が困難と判断した場合とし、速やかに起点である急性期病院地域連携部門に情報を提供する。

ノートは、患者、家族にて保管する。

(生活期)維持期 医療機関 運用チェックリスト

下記のチェックリストに沿って連携をお願いします。

- 診察時には、このノートの持参を確認。
- 発症した日から1年後に、急性期病院または回復期病院の受診を勧めて下さい。
- 維持期の病院へ受診する際には、このノートを持参することを、患者または家族へ連絡してください。

共通事項

回復期

維持期

パスの終了

パスの終了は、脳卒中発症一年後とする。
かかりつけ医は発症から一年後に、急性期病院または回復期病院への受診を勧める。急性期病院又は回復期病院と連携し、再発予防に必要と思われる検査（頭部MRI, 頭部CT, 頸動脈エコーなど）を実施し、その情報を共有する。

維持期

(生活期)維持期 医療機関 治療経過

回復期病院退院日

西暦 年 月 日

脳梗塞 脳出血 SAH

お名前

病院・クリニック名

担当科

主治医

治療開始日

西暦 年 月 日

<治療内容>

<基礎疾患>

- 高血圧
- 糖尿病
- 心臓疾患
- その他

<入院中の重大な合併症>

- 脳卒中再発(脳梗塞 ・ 脳出血 ・ その他)
- 肺炎
- 骨折
- その他

維持期

日常生活機能評価表 / 回復期 退院 1ヶ月以内

| 状況 | 0点 | 1点 | 2点 | |
|--------------------|-----------|-----------------|--------|-----|
| 床上安静の指示 | なし | あり | | |
| どちらかの手を胸元まで持ち上げられる | できる | できない | | |
| 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない | |
| 起き上がり | できる | できない | | |
| 座位保持 | できる | 支えがあればできる | できない | |
| 移乗 | できる | 見守り一部介助 | できない | |
| 移動方法 | 介助を要しない移動 | 介助を要する移動(運送を含む) | | |
| 口腔清潔 | できる | できない | | |
| 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 | |
| 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 | |
| 他者への意志伝達 | できる | できる時とできない時がある | できない | |
| 診療・療養上の指示が通じる | 通じる | 通じない | | |
| 危険行動 | ない | ある | | |
| 合計得点 | 点 | | | |
| | 発症時 | 回復期入院時 | 回復期退院時 | 維持期 |
| mRS | | | | |
| BI | | | | |
| FIM | | | | |
| 日常生活機能 | | | | |

維持期

発症1年後のご様子

※発症した日から1年後には、急性期病院か回復期病院を受診し病状の確認をしましょう。かかりつけ医の先生にこのページの記載をお願いしてください。

脳梗塞 脳出血 SAH

お名前

記載日 西暦 年 月 日

発症日 西暦 年 月 日

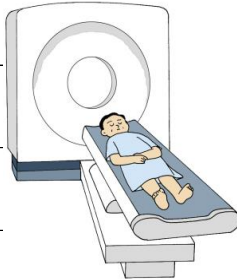
| | | | | |
|--|-------------------------------|---|---------------------------------|------------------------------|
| ADL | 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 杖歩行 | <input type="checkbox"/> 不可 |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 介助 | <input type="checkbox"/> その他 |
| | 麻痺 | <input type="checkbox"/> 無し | <input type="checkbox"/> 有り(部位 |) |
| | 言語障害 | <input type="checkbox"/> 無し | <input type="checkbox"/> 有り | |
| | 認知障害 | <input type="checkbox"/> 無し | <input type="checkbox"/> 有り | |
| 介護 保険 | 申請 | <input type="checkbox"/> 無し | <input type="checkbox"/> 有り | |
| | 介護度 | 要支援 | 1 2 | 要介護 1 2 3 4 5 |
| | ケアマネジャー サービス | 名前 | 連絡先 | |
| 生活 習慣 | <input type="checkbox"/> 問題無し | <input type="checkbox"/> 問題有り | <input type="checkbox"/> 体重 | <input type="checkbox"/> 血圧 |
| | | | <input type="checkbox"/> 喫煙 | <input type="checkbox"/> 飲酒 |
| | | | <input type="checkbox"/> 服薬 | <input type="checkbox"/> 運動 |
| | | | <input type="checkbox"/> その他() | |
| 急性期・回復期病院への依頼事項 | | | | |
| 【希望する検査項目】 | | 【次回の診察・検査予約の希望】 | | |
| <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 頭部 MRI/A <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 頭部 CT <input type="checkbox"/> 頸部 MRA <input type="checkbox"/> 心電図 | | <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し | | |
| | | 【連絡事項】 | | |

専門病院の記録

※発症1年後の受診時にご記入ください。

記録

急性期または回復期病院の方へ
⑲⑳ ベーシックのコピーを急性期病院の地域医療連携部署へご送付ください。

| | | | | |
|--|----|---|-----|---|
| 検査項目(CT・MRI・頸動脈エコー他) | | | | |
| 検査日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 記載日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 次回受診日予定 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 病院名 | | | | |
| 担当科 | | | 主治医 | |
| 検査結果 | | | | |
|  | | | | |

<経過中の重大な合併症>

- 脳卒中再発(脳梗塞 ・ 脳出血 ・ その他)
- 肺炎
- 骨折
- その他

専門病院の記録

※発症1年後以降の受診時にご記入ください。

記録

| 検査項目(CT・MRI・頸動脈エコー他) | | | | |
|---|----|-----|---|---|
| 検査日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 記載日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 次回受診日予定 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 病院名 | | | | |
| 担当科 | | 主治医 | | |
| 検査 | | | | |
|  | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

<経過中の重大な合併症>

- 脳卒中再発(脳梗塞 ・ 脳出血 ・ その他)
- 肺炎
- 骨折
- その他

かかりつけ医の記録(1年目)

| | 目標値 | 月 日 | 月 日 |
|------------|-----------------|-----|-----|
| 体重 | kg | | |
| 血圧 | mmHg 以下 | | |
| 総コレステロール | mg/dL 以下 | | |
| LDLコレステロール | mg/dL 以下 | | |
| HDLコレステロール | mg/dL 以上 | | |
| 中性脂肪 | mg/dL 以下 | | |
| 血糖 | mg/dL 以下 | | |
| HbA1c | % 以下 | | |
| トロンボ(INR) | % () | | |
| クレアチニン | mg/dL 以下 | | |
| その他 | | | |
| 主治医 | | | |

維持期
1年目

かかりつけ医の記録(2年目)

| | 目標値 | 月 日 | 月 日 |
|------------|-----------------|-----|-----|
| 体重 | kg | | |
| 血圧 | mmHg 以下 | | |
| 総コレステロール | mg/dL 以下 | | |
| LDLコレステロール | mg/dL 以下 | | |
| HDLコレステロール | mg/dL 以上 | | |
| 中性脂肪 | mg/dL 以下 | | |
| 血糖 | mg/dL 以下 | | |
| HbA1c | % 以下 | | |
| トロンボ(INR) | % () | | |
| クレアチニン | mg/dL 以下 | | |
| その他 | | | |
| 主治医 | | | |

維持期
2年目

かかりつけ医の記録(3年目)

| | 目標値 | 月 日 | 月 日 |
|------------|-----------------|-----|-----|
| 体重 | kg | | |
| 血圧 | mmHg 以下 | | |
| 総コレステロール | mg/dL 以下 | | |
| LDLコレステロール | mg/dL 以下 | | |
| HDLコレステロール | mg/dL 以上 | | |
| 中性脂肪 | mg/dL 以下 | | |
| 血糖 | mg/dL 以下 | | |
| HbA1c | % 以下 | | |
| トロンボ(INR) | % () | | |
| クレアチニン | mg/dL 以下 | | |
| その他 | | | |
| 主治医 | | | |

維持期
3年目

かかりつけ医の記録(4年目)

| | 目標値 | 月 日 | 月 日 |
|------------|-----------------|-----|-----|
| 体重 | kg | | |
| 血圧 | mmHg 以下 | | |
| 総コレステロール | mg/dL 以下 | | |
| LDLコレステロール | mg/dL 以下 | | |
| HDLコレステロール | mg/dL 以上 | | |
| 中性脂肪 | mg/dL 以下 | | |
| 血糖 | mg/dL 以下 | | |
| HbA1c | % 以下 | | |
| トロンボ(INR) | % () | | |
| クレアチニン | mg/dL 以下 | | |
| その他 | | | |
| 主治医 | | | |

維持期
4年目

かかりつけ医の記録(5年目)

| | 目標値 | 月 日 | 月 日 |
|------------|-----------------|-----|-----|
| 体重 | kg | | |
| 血圧 | mmHg 以下 | | |
| 総コレステロール | mg/dL 以下 | | |
| LDLコレステロール | mg/dL 以下 | | |
| HDLコレステロール | mg/dL 以上 | | |
| 中性脂肪 | mg/dL 以下 | | |
| 血糖 | mg/dL 以下 | | |
| HbA1c | % 以下 | | |
| トロンボ(INR) | % () | | |
| クレアチニン | mg/dL 以下 | | |
| その他 | | | |
| 主治医 | | | |

維持期
5年目

投薬内容(主用薬)

<薬剤名>

抗血小板薬

抗凝固薬

降圧薬

スタチン製剤・その他

血糖降下剤

その他

維持期
投薬内容

ご自由にお使いください

本人・家族の記録

記録

| 日付 | 内容 |
|----|----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

再発予防のための生活のヒント

- タバコはやめましょう
- お酒は1日1合以下に控えましょう
- 食事は、食べ過ぎに注意し、
塩分や動物性脂肪を控えましょう
- 運動は、体力に合ったメニューで続けましょう
- 肥満の予防、改善に心がけましょう
- コレステロールの管理をしましょう
- 血圧を測り、高血圧を管理しましょう
- 糖尿病を放置せず、治療を続けましょう
- 不整脈は、定期的に受診しましょう
- 何か変と感じたら早めに受診しましょう
- 薬は勝手にやめずに、心配なら相談しましょう

再発予防のための生活の工夫

●タバコ…禁煙治療は根気よく！

禁煙！

喫煙は「百害あって一利なし」と言われるとおり、脳卒中をはじめとして、がん・心臓病など様々な病気を引き起こす危険があります。

禁煙にはニコチン置換療法、経口禁煙薬を活用した治療などを根気よく続けることが大切です。



●お酒…適量以下に！

飲みすぎ注意！

お酒は「百薬の長」と言われますが、飲みすぎは、脳卒中中の再発にも影響します。

飲みすぎに気を付けて適量以下を心がけましょう
適量の目安は、日本酒1合、ビールは中ビン1本、
ワインはグラス2杯、焼酎はぐい飲み1杯程度です。



●塩分…減らしましょう！

薄味！
1日10g未満！









日本食は脂肪が少なくヘルシーな反面、塩分が多く、日本人は塩分をとりすぎている傾向があります。








薄味に慣れ、食事の工夫などによって1日10g未満を目標に、高血圧の方は1日6g未満の減塩を心がけましょう。



食事カロリー ・ 塩分表

再発予防

| メニュー | カロリー | 塩分 |
|---|-------------|----------|
| サンドイッチ  | 428 Kcal | 3.0 g |
| カレーライス  | 754 Kcal | 2.5 g |
| 山菜そば  | 337 Kcal | 4.6 g |
| 天ぷらそば  | 459 Kcal | 4.9 g |
| 牛丼  | 912 Kcal | 2.9 g |
| ラーメン  | 443 Kcal | 7.0 g |
| 握り寿司  | 518 Kcal | 2.6 g |
| ミートソース スパゲッティ  | 617 Kcal | 3.4 g |

| メニュー | カロリー | 塩分 |
|--|----------------------|----------|
| パタートースト  | 6枚切り 249 Kcal | 1.0 g |
| ハンバーガー  | 305 Kcal | 1.2 g |
| たくあん  | 1切れ20g 5 Kcal | 1.1 g |
| 梅干し  | 1個25g 7 Kcal | 2.2 g |
| みそ汁  | 豆腐入り 63 Kcal | 1.5 g |
| 塩鮭  | 甘鮭1切れ 160 Kcal | 1.4 g |
| 焼きちくわ | 1本 61 Kcal | 2.4 g |
| 焼き餃子  | 1個 43 Kcal | 0.3 g |

ワーファリン(薬)の注意事項

<ワーファリン服用中の方へ>

ワーファリンは、血液を固まりにくくして、脳梗塞の予防をする薬です。

しかし、血液を固まらせる働きのあるビタミンKを含んでいる食品を摂取すると、薬の効き目が弱まるため、下記の食品には注意してください。



<禁止食品 / 納豆・クロレラ>

納豆は、納豆菌が腸内でビタミンKを産生する可能性があります。

注意

このため、ワーファリンが全く効かなくなることがあります。

<摂取量に注意する食材 / 緑黄色野菜・海藻類>

注意 緑黄色野菜や海藻類は、一時的に大量摂取しないでください。

ビタミンKは緑の濃い野菜に多く含まれています

ほうれん草



ブロッコリー



小松菜



サニーレタス



あしたば



ニラ



わかめ



芽キャベツ



昆布



クレソン



ワンポイント アドバイス

緑黄色野菜を全く摂らないことは、栄養上良くないので、毎日一定量を摂るようにし、一時的に過食するようなことを避けましょう。

運動のすすめ

<運動によるエネルギー消費量>

体力や体調に合わせて、運動を続けることが大切です。

| 日常生活の活動と運動の種類 | | 30分当たりのエネルギー消費量 (kcal/30分) | |
|---------------|--------------------------|-------------------------------|-----------|
| | | 男(体重60kg) | 女(体重50kg) |
| 生活運動 | ゆっくりとした歩行(買物・散歩) | 45 | 35 |
| | 普通の歩行(通勤・買物) | 65 | 50 |
| | 急ぎ足の歩行(通勤・運動) | 105 | 85 |
| | 家庭菜園・草むしり | 60 | 50 |
| | 自転車(普通の速さ) | 80 | 65 |
| 軽めの運動 | ゲートボール | 60 | 50 |
| | ボーリング・ソフトボール | 75 | 60 |
| | キャッチボール ゴルフ(平地)・軽いダンス | 90 | 75 |
| | サイクリング(9km/時) | 100 | 85 |
| | ラジオ体操 | 105 | 85 |
| | 軽めの日本民謡 エアロビクスダンス | 120 | 100 |
| 激しい運動 | 卓球・ボート・ゴルフ(丘陵) | 150 | 120 |
| | テニス・スキー(滑走)・バレーボール | 180 | 145 |
| | バドミントン・柔道・剣道・登山 | 180 | 145 |
| | ジョギング(120m/分) | 180 | 145 |
| | サッカー・バスケットボール スケート | 210 | 170 |
| | 縄跳び(60~70回/分) | 240 | 195 |
| | ジョギング(160m/分) | 255 | 210 |
| | 水泳(平泳ぎで軽く流す) | 300 | 245 |
| | ランニング(200m/分) | 360 | 295 |
| | 水泳(クロール) | 600 | 490 |

※20~29歳男女の概算値です。

※安静時代謝量を含まない、運動による純粋なエネルギー消費量です。

□口腔ケア シート(在宅期)

<目的>

- 誤嚥性肺炎の予防
- □口腔機能(噛む力)の維持

| | | |
|------------------|---|----------------------------|
| 歯科治療 | <input type="checkbox"/> 済み | <input type="checkbox"/> 未 |
| 日常での □口腔ケア担当者 | <input type="checkbox"/> 本人 | |
| | <input type="checkbox"/> 家族 | |
| | <input type="checkbox"/> その他() | |

| 誤嚥性肺炎の防止ポイント(歯科との連携) | | |
|----------------------|-------------------------------|--|
| 歯科職の介入 | <input type="checkbox"/> 介入あり | 担当 歯科医師名 担当 歯科衛生士名 家族・スタッフへの指示内容 |
| | <input type="checkbox"/> 介入なし | 以前にかかった 歯科主治医がある <input type="checkbox"/> ある →介入の可能性 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし →今後の予定 |

再発予防

記載日 西暦 年 月 日

記載者

職種

これからの診療予定

●1年後の医療機関受診

| | |
|---|--|
| 西暦 年 月 日 | 【生活習慣のチェック】 |
| 【基礎疾患のチェック】 | <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 服薬 |
| <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 頭部 CT | <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 運動 |
| <input type="checkbox"/> 頭部 MRI/A <input type="checkbox"/> 頸部 MRA | <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 心電図 | <input type="checkbox"/> 飲酒 |

●2年後の医療機関受診

| | |
|---|--|
| 西暦 年 月 日 | 【生活習慣のチェック】 |
| 【基礎疾患のチェック】 | <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 服薬 |
| <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 頭部 CT | <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 運動 |
| <input type="checkbox"/> 頭部 MRI/A <input type="checkbox"/> 頸部 MRA | <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 心電図 | <input type="checkbox"/> 飲酒 |

●3年後の医療機関受診

| | |
|---|--|
| 西暦 年 月 日 | 【生活習慣のチェック】 |
| 【基礎疾患のチェック】 | <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 服薬 |
| <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 頭部 CT | <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 運動 |
| <input type="checkbox"/> 頭部 MRI/A <input type="checkbox"/> 頸部 MRA | <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 心電図 | <input type="checkbox"/> 飲酒 |

●4年後の医療機関受診

| | |
|---|--|
| 西暦 年 月 日 | 【生活習慣のチェック】 |
| 【基礎疾患のチェック】 | <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 服薬 |
| <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 頭部 CT | <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 運動 |
| <input type="checkbox"/> 頭部 MRI/A <input type="checkbox"/> 頸部 MRA | <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 心電図 | <input type="checkbox"/> 飲酒 |

●5年後の医療機関受診

| | |
|---|--|
| 西暦 年 月 日 | 【生活習慣のチェック】 |
| 【基礎疾患のチェック】 | <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 服薬 |
| <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 頭部 CT | <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 運動 |
| <input type="checkbox"/> 頭部 MRI/A <input type="checkbox"/> 頸部 MRA | <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 心電図 | <input type="checkbox"/> 飲酒 |

再発予防

注意事項

ペースメーカー

体内金属

造影禁忌

腎機能障害

糖尿病

薬物/食物アレルギー(有 ・ 無)

圧可変型シャント

その他

再発予防

ご自由にお使いください

ご自由にお使いください



2013.4.1 Ver.1

2017.11.13 Ver.2