

脳卒中あんしん
連携ノート



岐阜地域脳卒中パッシンググループ

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。

生活記録

<食生活にかかわる情報>	
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
⑦	
⑧	
4 ページ	
<居宅情報>	
(<)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	賃貸住宅
2. 住居の種類	単身用、2人以上、その他
3. 階層	1階、2階、3階以上
4. エレベーター	あり、なし
5. 玄関の障害	あり、なし
6. 廊下の障害	あり、なし
7. トイレ	あり、なし
8. 風呂の障害	あり、なし
9. 風呂の構造	浴槽、浴槽なし
10. その他	
<住居の周辺状況>	
1. 近隣の介護施設	
2. 近隣の薬局	
3. 近隣の郵便局	
4. その他	

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

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

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
 SAH

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

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)	
□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。

回復期

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
⑲ 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



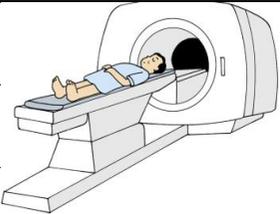
<経過中の重大な合併症>

- 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

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-toast 	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。

□腔ケア シート(在宅期)

<目的>

- 誤嚥性肺炎の予防
- □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 □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 <hr/> 担当 歯科衛生士名 <hr/> 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