

\*発症から3ヶ月後と6ヶ月後は必ずmRSの記載をお願いします。(記載する人：医師または看護師)

患者さんが提示した際に記載が必要と思われる部分だけにご記入をお願いします。

3ヶ月後 ( 月 日頃) 6ヶ月後 ( 月 日頃)

診察日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
病名	退院時			
mRS	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
一般状態	血 圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
	脈 拍	回/分 整 不整	回/分 整 不整	回/分 整 不整
	体 重	Kg	Kg	Kg
	B M I			
	<input type="checkbox"/> 体 温	℃	℃	℃
	<input type="checkbox"/> SPO2	%	%	%
症状または訴え	<input type="checkbox"/> 状態変化なし	<input type="checkbox"/> 状態変化なし	<input type="checkbox"/> 状態変化なし	<input type="checkbox"/> 状態変化なし
診察所見				
家族・介護者へのアドバイス				
障害者の自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
高次脳機能障害	有 無	有 無	有 無	有 無
認知機能	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M
所属				
記載者(医師・看護師)				

mRS

- 0 全く症状なし
  - 1 何らかの症状はあるが障害はない  
: 通常の仕事や活動は全て行える
  - 2 軽微な障害: これまでの活動の全てはできないが身のまわりの事は援助不要
  - 3 中等度障害: 何らかの援助が必要だが援助なしで歩行ができる
  - 4 中等度から重度障害: 援助なしでは歩行できず身の回りの事ができない
  - 5 重度の障害: ねたさり、失禁、全面的な援助が必要
- 高次脳機能障害(脳疾患や外傷が原因)  
言語の理解・行動する・物体の認識・記憶の保持ができない状態

障害者の自立度

- J 何らかの障害はあるが、日常生活は自立している
  - J1 交通機関を利用して外出する
  - J2 隣近所になら外出する
- A 屋内での生活は自立、外出時には介助が必要
  - A1 日中はほとんどベッドから離れて生活
  - A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活
- B 屋内での生活も介助が必要、ベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ
  - B1 車椅子に移乗し、食事排泄はベッドから離れて行う
  - B2 介助により車椅子に移乗する
- C 一日中ベッドで過ごし、日常生活全てが介助が必要
  - C1 自力で寝返りをうつ
  - C2 自力で寝返りができない

認知機能

- 自立 認知症状なし
  - I 何らかの認知症状はあるが家庭内及び社会的に自立
  - II 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが見守りがあれば自立している
    - IIa 家庭外でみられる
    - IIb 家庭内でもみられる
  - III 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが、介護を必要とする
    - IIIa 日中を中心にみられる
    - IIIb 夜間を中心にみられる
  - IV 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁にみられ常に介護を要する
  - M 著しい精神症状や問題行動、重篤な身体疾患がみられ、専門医療が必要である
- MCI: 認知機能の低下はあるが日常生活機能は正常にできる

\*発症から3ヶ月後と6ヶ月後は必ずmRSの記載をお願いします。(記載する人：医師または看護師)  
患者さんが提示した際に記載が必要と思われる部分だけにご記入をお願いします。

3ヶ月後 (            月            日頃)                      6ヶ月後 (            月            日頃)

診察日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
病名				
mRS	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
一般状態	血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
	脈拍	回/分 整 不整	回/分 整 不整	回/分 整 不整
	体重	Kg	Kg	Kg
	B M I			
	<input type="checkbox"/> 体温	℃	℃	℃
	<input type="checkbox"/> SPO2	%	%	%
症状または訴え	<input type="checkbox"/> 状態変化なし	<input type="checkbox"/> 状態変化なし	<input type="checkbox"/> 状態変化なし	<input type="checkbox"/> 状態変化なし
診察所見				
家族・介護者へのアドバイス				
障害者の自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
高次脳機能障害	有 無	有 無	有 無	有 無
認知機能	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M
所属				
記載者(医師・看護師)				

mRS
0 全く症状なし
1 何らかの症状はあるが障害はない : 通常の仕事や活動は全て行える
2 軽微な障害: これまでの活動の全てではできないが身のまわりの事は援助不要
3 中等度障害: 何らかの援助が必要だが援助なしで歩行ができる
4 中等度から重度障害: 援助なしでは歩行できず身の回りの事ができない
5 重度の障害: ねたきり、失禁、全面的な援助が必要
高次脳機能障害(脳疾患や外傷が原因) 言語の理解・行動する・物体の認識・記憶の保持ができない状態

障害者の自立度
J 何らかの障害はあるが、日常生活は自立している J1 交通機関を利用して外出する J2 隣近所になら外出する
A 屋内での生活は自立、外出時には介助が必要 A1 日中はほとんどベッドから離れて生活 A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活
B 屋内での生活も介助が必要、ベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ B1 車椅子に移乗し、食事排泄はベッドから離れて行う B2 介助により車椅子に移乗する
C 一日中ベッドで過ごし、日常生活全てが介助が必要 C1 自力で寝返りをうつ C2 自力で寝返りができない

認知機能
自立 認知症状なし
I 何らかの認知症状はあるが家庭内及び社会的に自立
II 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが見守りがあれば自立している IIa 家庭外でみられる IIb 家庭内でもみられる
III 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが、介護を必要とする IIIa 日中を中心にみられる IIIb 夜間を中心にみられる
IV 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁にみられ常に介護を要する
M 容しい精神症状や問題行動、重篤な身体疾患がみられ、専門医療が必要である
MCI: 認知機能の低下はあるが日常生活機能は正常にできる

\*発症から3ヶ月後と6ヶ月後は必ずmRSの記載をお願いします。(記載する人：医師または看護師)

患者さんが提示した際に記載が必要と思われる部分だけにご記入をお願いします。

3ヶ月後 ( 月 日頃) 6ヶ月後 ( 月 日頃)

診察日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
病名					
mRS	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
一般状態	血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
	脈拍	回/分 整 不整	回/分 整 不整	回/分 整 不整	回/分 整 不整
	体重	Kg	Kg	Kg	Kg
	B M I				
	□体温	℃	℃	℃	℃
□SPO2	%	%	%	%	
症状または訴え	□状態変化なし	□状態変化なし	□状態変化なし	□状態変化なし	
診察所見					
家族・介護者へのアドバイス					
障害者の自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
高次脳機能障害	有 無	有 無	有 無	有 無	
認知機能	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
所属					
記載者(医師・看護師)					

mRS

- 0 全く症状なし
  - 1 何らかの症状はあるが障害はない  
: 通常の仕事や活動は全て行える
  - 2 軽微な障害: これまでの活動の全てはできないが身のまわりの事は援助不要
  - 3 中等度障害: 何らかの援助が必要だが援助なしで歩行ができる
  - 4 中等度から重度障害: 援助なしでは歩行できず身の回りの事ができない
  - 5 重度の障害: ねたきり、失禁、全面的な援助が必要
- 高次脳機能障害(脳疾患や外傷が原因)  
言語の理解・行動する・物体の認識・記憶の保持ができない状態

障害者の自立度

- J 何らかの障害はあるが、日常生活は自立している
  - J1 交通機関を利用して外出する
  - J2 近所になら外出する
- A 屋内での生活は自立、外出時には介助が必要
  - A1 日中はほとんどベッドから離れて生活
  - A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活
- B 屋内での生活も介助が必要、ベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ
  - B1 車椅子に移乗し、食事排泄はベッドから離れて行う
  - B2 介助により車椅子に移乗する
- C 一日中ベッドで過ごし、日常生活全てが介助が必要
  - C1 自力で寝返りをうつ
  - C2 自力で寝返りができない

認知機能

- 自立 認知症状なし
  - I 何らかの認知症状はあるが家庭内及び社会的に自立
  - II 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが見守りがあれば自立している
    - IIa 家庭外でみられる
    - IIb 家庭内でみられる
  - III 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが、介護を必要とする
    - IIIa 日中を中心に見られる
    - IIIb 夜間を中心に見られる
  - IV 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻りにみられ常に介護を要する
  - M 著しい精神症状や問題行動、重篤な身体疾患がみられ、専門医療が必要である
- MCI: 認知機能の低下はあるが日常生活機能は正常にできる

# 診療シート

お名前 \_\_\_\_\_

\*発症から3ヶ月後と6ヶ月後は必ずmRSの記載をお願いします。(記載する人：医師または看護師)  
患者さんが提示した際に記載が必要と思われる部分だけにご記入をお願いします。

3ヶ月後 (            月            日頃)                      6ヶ月後 (            月            日頃)

診察日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
病名				
mRS	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
一般状態	血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
	脈拍	回/分 整 不整	回/分 整 不整	回/分 整 不整
	体重	Kg	Kg	Kg
	B M I			
	<input type="checkbox"/> 体温	℃	℃	℃
	<input type="checkbox"/> SPO2	%	%	%
症状または訴え	<input type="checkbox"/> 状態変化なし	<input type="checkbox"/> 状態変化なし	<input type="checkbox"/> 状態変化なし	<input type="checkbox"/> 状態変化なし
診察所見				
家族・介護者へのアドバイス				
障害者の自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
高次脳機能障害	有 無	有 無	有 無	有 無
認知機能	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M
所属				
記載者(医師・看護師)				

mRS
0 全く症状なし
1 何らかの症状はあるが障害はない :通常の仕事や活動は全て行える
2 軽微な障害:これまでの活動の全てはできないが身のまわりの事は援助不要
3 中等度障害:何らかの援助が必要だが援助なしで歩行ができる
4 中等度から重度障害:援助なしでは歩行できず身の回りの事ができない
5 重度の障害:おたきり、失禁、全般的な援助が必要
高次脳機能障害(脳疾患や外傷が原因) 言語の理解・行動する・物の認識・記憶の保持ができない状態

障害者の自立度
J 何らかの障害はあるが、日常生活は自立している J1 交通機関を利用して外出する J2 隣近所になら外出する
A 屋内での生活は自立、外出時には介助が必要 A1 日中はほとんどベッドから離れて生活 A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活
B 屋内での生活も介助が必要、ベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ B1 車椅子に移乗し、食事排洩はベッドから離れて行う B2 介助により車椅子に移乗する
C 一日中ベッドで過ごし、日常生活全てが介助が必要 C1 自力で寝返りをうつ C2 自力で寝返りができない

認知機能
自立 認知症状なし
I 何らかの認知症状はあるが家庭内及び社会的に自立
II 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが見守りがあれば自立している IIa 家庭外でみられる IIb 家庭内でもみられる
III 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが、介護を必要とする IIIa 日中を中心にみられる IIIb 夜間を中心にみられる
IV 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻りにみられ常に介護を要する
M 著しい精神症状や問題行動、重篤な身体疾患がみられ、専門医療が必要である
MCI: 認知機能の低下はあるが日常生活機能は正常にできる

# 診療シート

お名前 \_\_\_\_\_

\*発症から3ヶ月後と6ヶ月後は必ずmRSの記載をお願いします。(記載する人:医師または看護師)

患者さんが提示した際に記載が必要と思われる部分だけにご記入をお願いします。

3ヶ月後 (            月            日頃)                      6ヶ月後 (            月            日頃)

診察日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
病名				
mRS	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
一般状態	血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
	脈拍	回/分 整 不整	回/分 整 不整	回/分 整 不整
	体重	Kg	Kg	Kg
	B M I			
	□体温	℃	℃	℃
	□SPO2	%	%	%
症状または訴え	□状態変化なし	□状態変化なし	□状態変化なし	□状態変化なし
診察所見				
家族・介護者へのアドバイス				
障害者の自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
高次脳機能障害	有 無	有 無	有 無	有 無
認知機能	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M
所属				
記載者(医師・看護師)				

### mRS

- 0 全く症状なし
  - 1 何らかの症状はあるが障害はない  
: 通常の仕事や活動は全て行える
  - 2 軽微な障害: これまでの活動の全てはできないが身のまわりの事は援助不要
  - 3 中等度障害: 何らかの援助が必要だが援助なしで歩行ができる
  - 4 中等度から重度障害: 援助なしでは歩行できず身の回りの事ができない
  - 5 重度の障害: ねたきり、失禁、全面的な援助が必要
- 高次脳機能障害(脳疾患や外傷が原因)  
言語の理解・行動する・物体の認識・記憶の保持ができない状態

### 障害者の自立度

- J 何らかの障害はあるが、日常生活は自立している
  - J1 交通機関を利用して外出する
  - J2 隣近所になら外出する
- A 屋内での生活は自立、外出時には介助が必要
  - A1 日中はほとんどベッドから離れて生活
  - A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活
- B 屋内での生活も介助が必要、ベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ
  - B1 車椅子に移乗し、食事排泄はベッドから離れて行う
  - B2 介助により車椅子に移乗する
- C 一日中ベッドで過ごし、日常生活全てが介助が必要
  - C1 自力で寝返りをうつ
  - C2 自力で寝返りができない

### 認知機能

- 自立 認知症状なし
  - I 何らかの認知症状はあるが家庭内及び社会的に自立
  - II 日常生活に支障を来たず症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが見守りがあれば自立している
    - IIa 家庭外でみられる
    - IIb 家庭内でもみられる
  - III 日常生活に支障を来たず症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが、介護を必要とする
    - IIIa 日中を中心にみられる
    - IIIb 夜間を中心にみられる
  - IV 日常生活に支障を来たような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁にみられ常に介護を要する
  - M 著しい精神症状や問題行動、重篤な身体疾患がみられ、専門医療が必要である
- MCI: 認知機能の低下はあるが日常生活機能は正常にできる

# 診療シート

お名前

\*発症から3ヶ月後と6ヶ月後は必ずmRSの記載をお願いします。(記載する人: 医師または看護師)  
患者さんが提示した際に記載が必要と思われる部分だけにご記入をお願いします。

3ヶ月後 (            月            日頃)                      6ヶ月後 (            月            日頃)

診察日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
病名					
mRS		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
一般状態	血 圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
	脈 拍	回/分 整 不整	回/分 整 不整	回/分 整 不整	回/分 整 不整
	体 重	Kg	Kg	Kg	Kg
	B M I				
	□体温	℃	℃	℃	℃
□SPO2	%	%	%	%	
症状または訴え		□状態変化なし	□状態変化なし	□状態変化なし	□状態変化なし
診察所見					
家族・介護者へのアドバイス					
障害者の自立度		自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
高次脳機能障害		有 無	有 無	有 無	有 無
認知機能		自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M
所属					
記載者(医師・看護師)					

mRS
0 全く症状なし
1 何らかの症状はあるが障害はない : 通常の仕事や活動は全て行える
2 軽微な障害: これまでの活動の全てではできないが身のまわりの事は援助不要
3 中等度障害: 何らかの援助が必要だが援助なしで歩行ができる
4 中等度から重度障害: 援助なしでは歩行できず身の回りの事ができない
5 重度の障害: ねたきり、失禁、全面的な援助が必要
高次脳機能障害(脳疾患や外傷が原因) 言語の理解・行動する・物体の認識・記憶の保持ができない状態

障害者の自立度
J 何らかの障害はあるが、日常生活は自立している J1 交通機関を利用して外出する J2 隣近所になら外出する
A 屋内での生活は自立、外出時には介助が必要 A1 日中はほとんどベッドから離れて生活 A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活
B 屋内での生活も介助が必要、ベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ B1 車椅子に移乗し、食事排泄はベッドから離れて行う B2 介助により車椅子に移乗する
C 一日中ベッドで過ごし、日常生活全てが介助が必要 C1 自力で寝返りをうつ C2 自力で寝返りができない

認知機能
自立 認知症状なし
I 何らかの認知症状はあるが家庭内及び社会的に自立
II 日常生活に支障を来たず症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが見守りがあれば自立している IIa 家庭外でみられる IIb 家庭内でもみられる
III 日常生活に支障を来たず症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが、介護を必要とする IIIa 日中を中心に見られる IIIb 夜間を中心に見られる
IV 日常生活に支障を来たような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁にみられ常に介護を要する
M 著しい精神症状や問題行動、重篤な身体疾患がみられ、専門医療が必要である
MCI: 認知機能の低下はあるが日常生活機能は正常にできる