**脳卒中医療連携体制参加施設　調査票**

**＜維持期入院施設用＞**

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　<維持期１>

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療施設名 | 電　話　 　（ 　　） |  | 記入者 |  |

１．病床数 　一般病床　(　　　　　　床) ・ 療養病床　(　　　床)

２．リハビリテーション(PT・OT・ST)

　　　　PT 　 (　　　　　人)　　・　　なし

　　　　OT 　 (　　　　　人)　　・　　なし

　　　　ST (　　　　　人)　　・　　なし

３．脳疾患リハの施設基準を取得している ( Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ )　・　いいえ

４．再発予防(抗血小板療法)に対応できる ( はい　・　いいえ )

５．再発予防(抗凝固療法)に対応できる ( はい　・　いいえ )

６．基礎疾患・危険因子の管理ができる ( はい　・　いいえ )

７．患者及び家族に対する精神的サポートが可能である(専任の必要はない)

　　　　　　　　　　　　( はい　・　いいえ ・ 今後対応を検討 )

８．入退院・転院調整機能を持ったスタッフがいる(専任の必要はない)

　　　　　　　　　　　　( はい　・　いいえ ・ 今後対応を検討 )

９．紹介医または転院先に適切な診療情報提供を行い，治療計画を共有している

　　　　　　　　　　　 ( はい　・　いいえ ・ 今後対応を検討 )

10．地域のケア・マネージャーと連携がとれている

 ( はい　・　いいえ ・ 今後対応を検討 )

11．歯科医と連携している

　　　　　　　　　　　　( はい　・　いいえ ・ 今後対応を検討 )

※注記・連絡事項がありましたらご記入ください。