**脳卒中医療連携体制参加施設　調査票**

**＜回復期施設用＞**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　<回復期>

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

１．病床数　　　　　 一般病床 (　 床) ・ 療養病床(　　　　　床)

　　　　　　　　　　　 回復期病棟(　　　　 床) ・ なし

２．回復期リハビリテーションへの対応　　　 ( あり ・ なし)

　　　　リハビリテーション医 　 ( 人) ・ なし

 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．口腔ケアが可能である(資格を問わない) ( はい　・　いいえ )

８．摂食機能訓練が可能である(資格を問わない) ( はい　・　いいえ )

９．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 )

10．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 )

11．歯科医と連携している ( はい　・　いいえ )

12．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 )

13．転院時及び退院時にカンファランスを行っている ( はい　・　いいえ )

※注記・連絡事項がありましたらご記入ください。