

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。