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。