

(別紙様式17の2)

精神科特別訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

患者氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	( 歳)
特別看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)						
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)						
病状・主訴：  一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：						
留意事項及び指示事項(注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。) (該当する項目に○をつけてください) (複数名訪問の必要性 あり ・ なし 理由： ) (短時間訪問の必要性 あり ・ なし 理由： )  特に観察を要する項目 (該当する項目に○をつけてください) 1 服薬確認 2 水分及び食物摂取の状況 3 精神症状 (観察が必要な事項： ) 4 身体症状 (観察が必要な事項： ) 5 その他 ( )						
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)						
緊急時の連絡先等						

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名  
電 話  
( F A X . )  
医 師 氏 名

印

事業所

殿

(別紙様式18)

特別訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

	特別看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
	点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
病状・主訴：  一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項(注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)	
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名  
電 話  
(F A X. )  
医 師 氏 名

印

事業所

殿

# 神経学的検査チャート

年 月 日 時 分

患者氏名 \_\_\_\_\_  
 患者ID \_\_\_\_\_  
 患者性別 男 女 年齢 \_\_\_\_\_

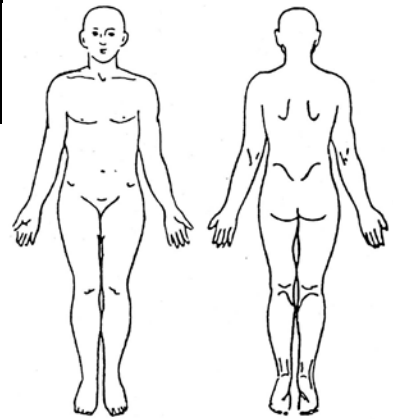
- 1) 意識・精神状態 a) 意識 : 清明、異常 ( )  
 \* Japan Coma Scale ( 1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300 )  
 \* Glasgow Coma Scale ( E 1, 2, 3, 4, V 1, 2, 3, 4, 5, M 1, 2, 3, 4, 5, 6 total ) ( )  
 b) 検査への協力 : 協力的、非協力的  
 c) けいれん : なし、あり ( )  
 d) 見当識 : 正常、障害 ( 時間、場所、人 )  
 e) 記憶 : 正常、障害 ( )  
 f) 数字の逆唱 : 286、3529  
 g) 計算 : 100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 =  
 h) 失行 ( )、失認 ( )
- 2) 言語 正常、失語 ( )、構音障害 ( )、嚙声、開鼻声
- 3) 利き手 右、左
- 4) 脳神経

	右	左
視力	正、低下	正、低下
視野	正、⊕	正、⊕
眼底	正常、動脈硬化 ( ) 度、出血、白斑、うっ血乳頭、視神経萎縮	
眼裂	> = <	
眼瞼下垂	(-) (+)	(-) (+)
眼球位置	正、斜視 ( )、偏視 ( )、突出 ( )	
眼球運動		
眼振		
複視	( - ) ( + ) : 方向 ( )	
瞳孔 大きさ	(正、縮、散) mm > = < mm (正、縮、散)	
形	正円、不正	正円、不正
対光反射	速、鈍、消失	速、鈍、消失
輻湊反射	正常、障害	
角膜反射	正常、障害	正常、障害
顔面感覚	正常、障害	正常、障害
上部顔面筋	正常、麻痺	正常、麻痺
下部顔面筋	正常、麻痺	正常、麻痺
聴力	正常、低下	正常、低下
めまい	( - ) ( + ) : 回転性・非回転性 ( )	
耳鳴り	( - ) ( + )	( - ) ( + )
軟口蓋	正常、麻痺	正常、麻痺
咽頭反射	( + ) ( - )	( + ) ( - )
嚥下	正常、障害 ( )	
胸鎖乳突筋	正常、麻痺	正常、麻痺
上部僧帽筋	正常、麻痺	正常、麻痺
舌偏倚	( - ) ( + ) : 偏倚 ( 右 左 )	
舌萎縮	( - ) ( + )	( - ) ( + )
舌線維束性収縮	( - ) ( + )	

- 5) 運動系
- a) 筋トーンス 上肢（右・左、正常 痙縮 強剛 低下）その他（ ）  
下肢（右・左、正常 痙縮 強剛 低下）
  - b) 筋萎縮 （-）（+）：部位（ ）
  - c) 線維束性収縮 （-）（+）：部位（ ）
  - d) 関節 変形、拘縮：部位（ ）
  - e) 不随意運動 （-）（+）：部位（ ）、性質（ ）
  - f) 無動・運動緩慢 （-）（+）
  - g) 筋力 正常、麻痺：部位（ ）、程度（ ）

		右					左						右	左		
頸部屈曲	C1~6	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	上肢パレー	(-) (+)	(-) (+)
伸展	C1~T1	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	(下肢パレー)	(-) (+)	(-) (+)
三角筋	C5,6	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	Mingazzini	(-) (+)	(-) (+)
上腕二頭筋	C5,6	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	握力	kg	kg
上腕三頭筋	C6~8	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0			
手関節背屈	C6~8	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0			
掌屈	C6~8,T1	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0			
母指対立筋	C8,T1	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0			
腸腰筋	L1~4	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0			
大腿四頭筋	L2~4	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0			
大腿屈筋群	L4,5,S1,2	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0			
前脛骨筋	L4,5	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0			
下腿三頭筋	S1,2	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0			

筋萎縮・感覚



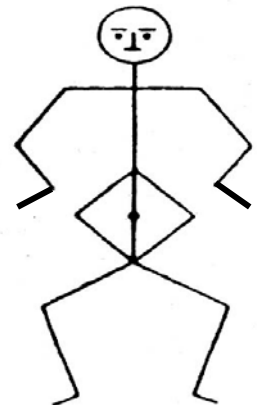
- 6) 感覚系
- a) 触覚 正常、障害：部位（ ）
  - b) 痛覚 正常、障害：部位（ ）
  - c) 温度覚 正常、障害：部位（ ）
  - d) 振動覚 正常、障害：部位（ ）
  - e) 位置覚 正常、障害：部位（ ）
  - f) 異常感覚・神経痛 （-）（+）：部位（ ）

7) 反射

	右	左		右	左		右	左
ホフマン	(-) (+)	(-) (+)	バビンスキー	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)
トレムナー	(-) (+)	(-) (+)	チャドック	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)
(腹壁) 上			(膝クローヌス)	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)
下			足クローヌス	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)

8) 協調運動

	右	左
指一鼻一指	正常、拙劣	正常、拙劣
かかと一膝	正常、拙劣	正常、拙劣
反復拮抗運動	正常、拙劣	正常、拙劣



- 9) 髄膜刺激徴候 項部硬直 （-）（+）、ケルニツヒ徴候 （-）（+）
- 10) 脊柱 正常、異常（ ）、ラゼーグ徴候 （-）（+）
- 11) 姿勢 正常、異常（ ）
- 12) 自律神経 排尿機能 正常、異常（ ）  
排便機能 正常、異常（ ）  
起立性低血圧 （-）（+）
- 13) 起立、歩行 ロンベルク試験 正常、異常、マン試験 正常、異常  
歩行 正常、異常（ ）  
つぎ足歩行（可能・不可能）、しゃがみ立ち（可能・不可能）

神経学的所見のまとめ

-----

神経学的検査担当医師

署名

(別紙様式 19 の2)

## 小児神経学的検査チャート

月 日 時 分

患者氏名 \_\_\_\_\_ (男、女)

患者 ID \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 ヶ月 (修正 歳 ヶ月)

- 1 身体発育：身長\_\_\_\_cm (\_\_\_\_SD)、体重\_\_\_\_kg (\_\_\_\_SD)、頭囲\_\_\_\_cm (\_\_\_\_SD)
- 2 発達指数 (DQ ) 遠城寺式乳幼児分析の発達検査表またはデンバー式発達スクリーニング検査で発達レベルを評価。  
 遠城寺 移動\_\_\_\_、手運動\_\_\_\_、基本習慣\_\_\_\_、対人関係\_\_\_\_、発語\_\_\_\_、言語理解\_\_\_\_  
 デンバー 粗大運動\_\_\_\_、言語\_\_\_\_、微細運動 - 適応\_\_\_\_、個人-社会\_\_\_\_
- 3 精神状態
  - a) 意識：清明，意識不鮮明，傾眠，混迷，半昏睡，昏睡，せん妄
  - b) Japan coma scale (1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300)
- 4 行動 多動、無関心、マイペース、視線を合わせない、こだわり、過敏、( )
- 5 肢位・姿勢・不随意運動 (寝たきり、寝返り可、座位可、つかまり立ち可、立位可)  
除脳硬直、除皮質硬直、蛙肢位、( )  
不随意運動 ( - ・ + 種類 部位： )
- 6 移動、起立、歩行  
背這い、寝返り、座位移動、ずり這い、高這い、伝い歩き、独歩  
片足立ち ( 右 秒 / 左 秒、不能 ) つぎ足歩行 ( 可能 不能 )  
かかと歩き ( 可能 不能 ) つま先歩き ( 可能 不能 )  
ガワーズ徴候 ( - / + )
- 7 脳神経
  - II 視力 (右：正常，低下 左：正常，低下)  
視野 (右：正常，低下 左：正常，低下)  
眼底：乳頭 (正常，浮腫，充血，萎縮)、網膜 (正常、 )
  - III, IV, VI (固視、追視、 )  
眼瞼下垂 (右： - / + 左： - / +) 眼球位置 (正常，斜視，共同偏視)  
眼球運動 (正常 ， 異常 ( )) 眼振 ( - / + )  
瞳孔：(正円，不正，縮瞳，散瞳，瞳孔不同) 対光反射 (右： - / + 左： - / +)
  - V 咀嚼について問診 (正常・異常 ( ))  
下顎の運動 (正常、異常) 咬筋 側頭筋 (正常、異常)
  - VII 口角 (対称，非対称) 閉眼 (正常 ， 異常)
  - VIII 聴力 (正常、異常) 視運動性眼振 ( - / + ) 回転誘発眼振 ( - / + )
  - IX, X 嚥下障害 ( - / + ) 咽頭反射 ( - / + ) 軟口蓋 (対称、非対称)

嘔声（ - / + ） 鼻声（ - / + ）

XI 胸鎖乳突筋（右： 左： ） 僧帽筋（右： 左：）

XII 舌運動（正常 ， 異常） 舌萎縮（ - / + ） 線維束性攣縮 （ - / + ）

8 感覚 痛覚 正常，障害（部位 ）

9 筋力 年長児はMMT(0.~5)、乳幼児はADLでの評価で代替可

	右	左
上肢バレー	- / +	- / +
上腕二頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
上腕三頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
握力	Kg	Kg
大腿四頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
大腿屈筋群	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
前脛骨筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
腓腹筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

10 筋肉量

筋萎縮 （ - / + ） （部位： ）

肥大/仮性肥大 （ - / + ） （部位： ）

11 筋緊張

硬さ 正常 亢進 低下（部位 ）

被動性 正常 亢進 低下（部位 ）

伸展性 Double folding（ - / + ） 逆U姿勢（ - / + ）

Slip through sign（ - / + ） スカーフ徴候（ - / + ） 踵耳徴候（ - / + ）

関節可動域	右	左
股関節外転	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
膝窩角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
足関節背屈角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
手関節掌屈（背屈）角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下

関節拘縮 -/+ （部位 ）

関節変形 -/+ （部位 ）

12 深部腱反射

	右	左
下顎	- + 2+	
上腕二頭筋	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+
上腕三頭筋	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+
腕とう骨筋	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+
膝蓋腱	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+

アキレス腱	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+
-------	-------------	-------------

13 病的反射、クローヌス

	右	左
バビンスキー	- +	- +
チャドック	- +	- +
手掌頤	- +	- +
ワルテンベルグ	- +	- +
足クローヌス	- +	- +

- 14 原始反射 乳探し反応 (- / +) 吸啜反応 (- / +)  
 モロー反射 (- / +) 手掌把握 (- / +) 足底把握 (- / +)  
 逃避反射 (- / +) 交差伸展反射 (- / +)  
 足踏み反射 (- / +) 踏み直り反射 (- / +) ギャラン反射 (- / +)

- 15 姿勢反射 非対称性緊張性頸反射 (- / +) 引き起こし反応 (- / +)  
 陽性支持反応 (- / +) パラシュート反応 前方 (- / +)  
 ランドー反応 (- / +) ホッピング反応 (- / +)

- 16 髄膜刺激症状 大泉門 ( x cm、陥凹、平坦、膨隆)  
 項部硬直 (- / +)  
 ケルニッヒ徴候 (- / +) ブルジンスキー徴候 (- / +)

17 神経学的所見のまとめ

\_\_\_\_\_

神経学的検査担当医師

署名 \_\_\_\_\_



(別紙様式20)

平成 年 月 日

主治医氏名	
1. 血漿成分製剤の種類及び輸注量等	
2. 血漿成分製剤輸注の必要性及び輸注を行わない場合の危険性等	
3. 血漿成分製剤の輸注により起こりうる副作用等	
4. 血漿成分製剤の輸注に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
5. その他留意点 (副作用 ・感染症救済制度等)	

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で血漿成分製剤輸注を受けることに同意しました。

(患者氏名) 印

(家族等氏名) 印

(患者との続柄: )

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

### リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女			年生 ( 歳)	計画評価実施日	年	月	日																	
リハ担当医	PT	OT	ST																						
原因疾患(発症・受傷日)				合併疾患・コントロール状態(高血圧, 心疾患, 糖尿病等)																					
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)																									
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9: ) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT: )				<input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(□構音障害, □失語症:種類 ) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:																				
	基本動作 立位保持(装具: ) □手放し, □つかまり, □不可 平行棒内歩行(装具: ) □独立, □一部介助, □非実施 訓練室内歩行(装具: ) □独立, □一部介助, □非実施																								
活動	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」				訓練時能力:「できる“活動”」																				
	自立度	自	監	一	全	非	独	監	一	全	非	姿	実	場	立	監	一	全	非	姿	実	場			
	ADL・ASL等	立	視	助	助	施	立	視	助	助	施	使用用具 杖・装具	介助内容 等	等	立	視	助	助	施	使用用具 杖・装具	介助内容 等	等			
	屋外歩行																								
	病棟トイレへの歩行																								
	病棟トイレへの車椅子駆動																								
	車椅子・ベッド間移乗																								
椅子座位保持																									
ベッド起き上がり																									
排尿(昼)																									
排尿(夜)																									
食事																									
整容																									
更衣																									
装具・靴の着脱																									
入浴																									
コミュニケーション																									
活動度		日中臥床: □無, □有(時間帯: )										理由													
		日中座位: □椅子, □車椅子, □ベッド上, □ギャッチアップ																							
参加	職業 (含:主婦・学生) (職種・業種・仕事内容: )				社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。)																				
目標				本人の希望																					
				家族の希望																					
方針				リハビリテーション終了の目安・時期																					
本人・家族への説明				年	月	日	本人サイン	家族サイン		説明者サイン															