

1. 前院の評価を追加

<訓練>

1. 共通 DB では、「処方日」、「訓練初日」のみを必須とする
脳卒中・大腿骨頸部骨折の場合は、「単位数計」も必須とする
2. 訓練終了日（オプション）を追加
3. 「病棟 ADL 加算の有無」の項目を削除

■脳卒中リハ DB 修正箇所

<診断・治療>

1. 発症型を必須からオプションに変更
2. 高血圧の有無を追加（必須）し、「有」の場合、治療内容を入力（オプション）
3. 糖尿病の有無を追加（必須）し、「有」の場合、治療内容を入力（オプション）
4. 確定診断名（中分類）を必須とし、小分類をオプションに変更
5. 合併症に、入院中再発（必須）の有無を追加
6. 合併症に、虚血性心疾患（オプション）の有無を追加

<JSS & NIHSS>

1. オリジナル NIHSS の項目追加（意識、失調、構音障害）

<片麻痺 12 グレード>

1. 上股→上肢、下股→下肢に文字変更

<Brunnstrom stage>

1. 上股→上肢、下股→下肢に文字変更
2. 必須からオプションに変更

■大腿骨頸部骨折リハ DB 修正箇所

<受傷前状況/手術/合併症>

1. 骨折型の前に、骨折側「○右 ○左」（必須）を追加
2. 合併症に、肺炎「○無 ○有」（オプション）を追加

<筋力/可動域/バランス能力障害>

1. 「※評価は、手術側の下肢筋力とする。」の説明文追加

<認知症>

BPSD についての説明文追加

■機能追加

1. 論理値に基づいた異常値のチェック機能

■機能変更

1. 画面切替え時の、エラーダイアログ表示のカット

■リハ患者共通項目の修正箇所

<ADL>

1. Barthel Index の合計値を 3 つに
 - ① BI 合計
 - ② FIM からの予測値
 - ③ BI 未入力時の FIM からの予測値

<必須項目画面>

1. ST 非請求分含む単位数計フィールドの配置バグ修正
2. ST 合計フィールドの配置バグ修正

■脳卒中リハ DB 修正箇所

<診断・治療画面>

1. 高血圧のポップアップメニュー内容が、糖尿病の内容になっていたバグを修正

<必須項目画面>

1. 糖尿病有無フィールドの配置バグ修正
2. ST 非請求分含む単位数計フィールドの配置バグ修正
3. ST 合計フィールドの配置バグ修正
4. 【Brunnstrom stage 入力画面へ】ボタン追加 (オプション)

■大腿骨頸部骨折リハ DB 修正箇所

<必須項目画面>

1. ST 非請求分含む単位数計フィールドの配置バグ修正
2. ST 合計フィールドの配置バグ修正

■リハ患者共通項目の修正箇所

1. 下段の疾患別登録ボタンを上段へ移動
2. 「リハ区分」を「登録区分」に名称変更
3. 登録区分を上段の患者情報欄へ移動
4. 右の患者一覧の仕様を、登録区分別に表示するよう変更
5. 右の患者一覧に、未入力数を追加（未入力があれば、患者名を赤字に変更）
6. 異常値チェックから、リハ開始時の日常生活自立度に関するチェックを削除
7. 異常値エラーチェック式の変更
8. 集計表に、年齢、ADL(Barthel Index)、ADL(FIM)の平均値追加
9. 日常生活機能評価集計機能追加
10. 認知症関連項目の入力画面を新設（必須入力）

<病院基本情報>

1. 変更有無（あり、なし）と更新日の項目新設

<基本情報>

1. 「発症/起算日」を「発症/受傷日」に名称変更
2. 発症/受傷日が不明の場合の以下の注意事項追加
※不明の場合は、受診日を入力
3. 「発症後入院病日」の項目新設（計算式：入院日-発症日+1）
4. 退院先の選択項目「転科」を「転科(療養)」、「転科(急変)」、「転科(その他)」に変更

<ADL>

1. 「入院時」を「リハ開始時」に名称変更
2. リハ開始時の日常生活自立度を、必須からオプションに変更

<日常生活機能評価>

1. 「前院」を「前院(他病棟)」に名称変更
2. 「入院時」を「入院(転棟)時」に名称変更
3. 入院病棟の種別が「回復期」であれば、必須入力に変更

<リハ環境>

1. 「リハ医の関与仕方」の項目中の“コンサルタント医”を
“コンサルタント医（リハ専門医）”、
“コンサルタント医（その他のリハ医）”に変更

<保険請求訓練数>

1. 「発症後訓練開始病日」の項目をPT、OT、STそれぞれに新設
(計算式：訓練開始日-発症日+1)

■大腿骨頸部骨折リハ DB 修正箇所

<受傷前状況/手術/合併症>

1. 合併症の項目を削除
2. 「既往症」を「併存症/既往症」に名称変更
3. 併存症/既往症の選択項目「骨折疾患」を「骨関節疾患」に名称変更
4. 「術前の活動状況」を「受傷前活動状況」に名称変更
5. 受傷機転状況の選択項目に「交通事故」を追加
6. 手術までの期間を、「急性期病院に入院した日から手術までの期間」と項目名称を変更し、計算式から手入力（オプション入力）に変更
7. 手術法の選択項目「骨接合術（安定型）」と「骨接合術（不安定型）」を「骨接合術」にし、骨折型のオプション項目に「安定型」と「不安定型」を追加
8. 合併症の欄に、治療のための転棟・転院の有無を新設

<リハ評価>

1. 「JOA」、「筋力/可動域/バランス能力障害」、「認知症」の画面を、「リハ評価」として、1画面に統合
2. JOAの合計点数のみ入力可能に変更
3. JOAの入力を必須からオプションに変更
4. 評価の「リハ開始時」を「術後リハ開始時」に名称変更
5. 直接（急性期）入院の場合は、術後リハ開始時の入力が必要で、転入院の場合は、回復期病棟転入時の入力が必要に変更
6. 「膝関節拘縮」を「膝伸展制限」に名称変更
7. 「足関節拘縮」を「尖足」に名称変更

Ver.4.0 脳卒中

2010/3/30 現在

【脳卒中】		【脳卒後】		【脳卒後】		【脳卒後】	
No	項目名	項目詳細	必須	グループ名	フォーム名	リハDB40	備考
1	【患者情報】						
1	患者ID		○	[リハ患者]			
2	性別		○	[リハ患者]			
3	生年月日	1.男/2.女 西暦	○	[リハ患者]			
4	【基本情報】						
1	入院区分	1.直接(急性期)入院/2.転入院 1.リハ科/2.整形外科/3.その他	○	[リハ患者]			
2	入院前住所	1.自宅/2.自宅以外	○	[リハ患者]			
3	発症日	*西暦 年 月 日	○	[リハ患者]			
4	入院年月日	〇〇年〇月〇日/入院中発症	○	[リハ患者]			
5	確定診断名	1.脳梗塞(その他・不明)/2.アテローム血管性梗塞/3.心原性脳梗塞 4.脳梗塞(その他・不明)/5.脳出血(高血圧性)/6.脳出血(その他・不明) 7.<>脳下出血/8.その他・不明	○	[脳卒中リハ患者]			
6	脳卒後経過						
1	脳卒後経過	1.脳血管疾患/2.運動器/3.心大血管/4.呼吸器	新規追加	[リハ患者]			
2	脳卒後経過	1.なし/2.1回/3.2回以上/4.不明	○	[脳卒中リハ患者]			
3	脳卒後経過	1.脳卒中なし/2.脳卒中あり/3.脳卒中とSAHあり/4.SAHのみあり/5.不明	○	[脳卒中リハ患者]			
4	脳卒後経過	1.なし/2.一過性/3.持続性/4.不明	○	[脳卒中リハ患者]			
5	脳卒後経過	1.なし/2.高血圧治療中/3.高血圧不規則治療/4.高血圧未治療/5.不明 1.なし/2.糖尿病治療中/3.糖尿病食療中/4.糖尿病不規則治療/5.不明 1.なし/2.糖尿病未治療/3.糖尿病食療中/4.糖尿病不規則治療/5.不明	○	[脳卒中リハ患者]			
6	脳卒後経過	1.なし/2.抗凝固薬あり/3.抗血小板薬あり/4.抗凝固薬・血小板薬併用/5.不明	○	[脳卒中リハ患者]			
7	脳卒後経過	1.オザゲレル点滴/2.抗トロンピン薬点滴/3.ラシカムト/4.ベバリン持続点滴/5.UK650点滴/6.点滴/7.高濃度点滴/8.低分子ヘパリン点滴/9.一般治療のみ/10.低分子ヘパリン/11.トPA点滴静注/12.トPA選択静注/13.トPA選択静注/14.高圧降下療法/15.ワーファリン/16.アスピリン/17.降圧薬/18.降圧薬点滴/19.昇圧薬(DOM/D08)/20.クロピドグレル/21.シロスタゾール/22.チロピジン/23.サバオゾール/24.シチコリン/25.止血薬/26.治療薬/27.低体温療法/28.手術/29.その他/30.不明/31.なし	○	[脳卒中リハ患者]			
8	脳卒後経過	1.高濃度点滴/2.一般治療のみ/3.その他	○	[脳卒中リハ患者]			
9	脳卒後経過	1.発症前/2.入院時/3.退院時	○	[脳卒中リハ患者]			
10	脳卒後経過						
11	脳卒後経過						
12	脳卒後経過						
13	脳卒後経過						
14	脳卒後経過						
15	脳卒後経過						
16	脳卒後経過						
17	脳卒後経過						
18	脳卒後経過						
19	脳卒後経過						
20	脳卒後経過						
21	脳卒後経過						
22	脳卒後経過						
23	脳卒後経過						
24	脳卒後経過						
25	脳卒後経過						
26	脳卒後経過						
27	脳卒後経過						

[5. 評価・認知障害]					
28	JCS	1.入院時()評価不能/2.退院時()評価不能		○	JCS1 JCS2
29	GCS	1.入院時()評価不能/2.退院時()評価不能		○	GCS総則1 GCS言語1 GCS運動1 GCS開眼2 GCS言語2 GCS運動2
30	MMSE	1.入院時()評価不能/2.退院時()評価不能		新規追加	MMSE1 MMSE1_評価不能 MMSE2 MMSE2_評価不能
31	HDS	1.入院時()評価不能/2.退院時()評価不能		新規追加	HDSR1 HDSR1_評価不能 HDSR2 HDSR2_評価不能
[6. JSS & NIHSS]					
32	JSS	1.左/2.右/3.左右/4.問題なし/5.評価不能		○	床邊側
33	JSS	1.入院時/2.退院時			JSS1 JSS2
34	NIHSS	1.入院時/2.退院時			NIHSS総合点1 NIHSS総合点2
[7. 片麻痺機能障害]					
35	Brunstrom上肢・手指・下肢	1.無/2.有		新規追加	脳卒中BSレイアウト
36	Fugl-Meyer assessment	1.無/2.有		新規追加	脳卒中FMSレイアウト(追加)
37	Stroke Impairment Assessment She(SIAS)	1.無/2.有		新規追加	脳卒中SIASレイアウト
38	Modified Ashworth scale	1「筋緊張」(増加なし) 2「軽度の筋緊張」増加あり。屈伸にて、引っかけたり消失、あるいは可動域終わりに若干の抵抗あり 3「軽度の筋緊張」増加あり。引っかけたり明らかで可動域の1/2以下の範囲で若干の抵抗がある。 4「筋緊張」増加がほぼ全可動域を通して認められるが、容易に動かすことができる。 5「かなりの筋緊張」増加があり、他動運動は困難である。 6「固まっていて、屈曲あるいは伸展ができない」		新規追加	新規「片麻痺機能障害」ボタン/レイアウトを作成 (「脳卒中」片麻痺機能障害レイアウト) 既存の「片麻痺1/2グレード」、「Brunst stage」 「SIAS」ボタンと「36.Fugl-Meyer assessment」を統合。 項目No38～42もここに格納。
39	脳卒中麻痺の程度と表側	1.無/2.有			他二覧「Modified Ashworth Scale」追加
40	失語の有無	1.無/2.有		新規追加	調手症候群 失語の有無
41	失行の有無	1.無/2.有		新規追加	失行の有無
42	半側麻痺の有無	1.無/2.有		新規追加	半側麻痺の有無
[8. ADL]					
43	日常生活自立度	1.リハ開始時/2.退院時		△	日常生活自立度1 日常生活自立度2
44	認知障害老人の日常生活自立度	1.リハ開始時/2.退院時		○	認知症老人の日常生活自立度1 認知症老人の日常生活自立度2
45	Bartel Ind-z	1.リハ開始時/2.退院時		○	Bartel1,3 Bartel2,3
46	FIM	1.リハ開始時/2.退院時		○	FIM合計1 FIM合計2

[9]日常生活機能評価									
項目	内容	評価	理由	備考	評価	理由	備考	評価	理由
47	日常生活機能評価 1.前院(他病棟)/2.入院(転棟)時/3.退院時	○	[リハ患者]		日常生活機能評価合計0 日常生活機能評価合計1 日常生活機能評価合計2				
[10]訓練									
48	正課以外の訓練	新規追加	[リハ患者]	1.あり/2.なし/3.不明					「訓練等」レアウトに配置
49	一週間以上訓練中断	○	[リハ患者]	1.あり/2.なし/3.不明					※項目名称変更「二週間…」→「一週間…」 「訓練等」レアウト
[11]保険請求訓練数([10]訓練)									
50	PT	○	[リハ患者]	1.処方日/2.訓練初日/3.処方なし					
	PT(数)	○	[リハ患者]	1.保険請求分単位数数計/2.自由診療分単位数数計/3.非請求分含む単位数数計					
51	OT	○	[リハ患者]	1.処方日/2.訓練初日/3.処方なし					
	OT(数)	○	[リハ患者]	1.保険請求分単位数数計/2.自由診療分単位数数計/3.非請求分含む単位数数計					
52	ST	○	[リハ患者]	1.処方日/2.訓練初日/3.処方なし					
	ST(数)	○	[リハ患者]	1.保険請求分単位数数計/2.自由診療分単位数数計/3.非請求分含む単位数数計					
[12]退院時情報([2]基本情報)									
53	退院日	○	[リハ患者]	○年○月○日					退院年月日
54	退院先(狭丁時転居)	○	[リハ患者]	1.自宅/2.自宅以外の在宅(グループケアハウスなど)/3.老健施設/ 4.福祉施設(特養ホーム、養護ホームなど)/5.病院(リハ)/6.転院(養老)/ 7.転院(急変)/8.転院(その他)/9.転院(療養)/10.転院(療養科(急変))/ 11.転院(療養科(その他))/12.リハ終了/13.死亡					退院先
55	身体障害者手帳	○	[リハ患者]	1.有*/1.有1:申請を含む/2.無					身体障害者手帳の有無
56	介護保険申請	○	[リハ患者]	1.有/2.無(未申請)/3.無(対象外)					介護保険申請の有無
57	介護力	○	[リハ患者]	1.1.介護力ほとんどなし/2.1と3の間/3.3.常時、介護に専念できる者/人分に相当/ 4.3と5の間/5.常時、介護に専念できる者2人以上に相当/6.その他/7.不明					介護力
58	自宅退院後のリハ継続	新規追加	[リハ患者]	1.あり/2.なし					自宅退院後のリハ継続
59	退院後リハ実施施設	新規追加	[リハ患者]	1.自院通院/2.施設通院・通所/3.訪問リハ					退院後リハ実施施設
60	退院後リハ実施施設内容・開始	新規追加	[リハ患者]	1.PT:運()分/2.OT:運()分/3.ST:運()分					退院後リハ実施施設内容時間.PT 退院後リハ実施施設内容時間.OT 退院後リハ実施施設内容時間.ST
61	退院後リハなしの理由	新規追加	[リハ患者]						退院後リハなしの理由

2010/3/30現在

【大腿骨頸部骨折】

No	項目名	項目詳細	必須	テーブル名	フィールド名	備考
リハDB40						
【1.患者情報】						
1	患者ID		○	[リハ患者]	患者ID	
2	性別	1.男/2.女	○	[リハ患者]	性別	
3	生年月日	1.和暦(M・T・S・H)/2.西暦	○	[リハ患者]	生年月日	
【2.基本情報】						
4	入院区分	1.直後(急性期)入院/2.転入院	○	[リハ患者]	入院区分	
5	入院医の種別	1.一般/2.非急性期/3.回復期/4.療養	○	[リハ患者]	入院医種別の診療科	
6	発症日	*西暦 年 月 日	○	[リハ患者]	発症日	
7	入院年月日	〇〇年〇〇月〇〇日/入院中発症	○	[リハ患者]	入院年月日	
8	発症前居場所	1.自宅/2.自宅以外	○	[リハ患者]	発症前居場所	
9	既往歴	1.脳卒中後遺症/2.パーキンソン病/3.骨髄小脳変性病などの変性疾患/ 4.骨折歴/5.その他	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	既往歴	
10	保険請求上の疾患別リハビリテーションの請求疾患名	1.脳血管疾患/2.運動器/3.心血管/4.呼吸器	新規追加	[リハ患者]	請求疾患名	「基本情報」レイアウトに設置 「一覧」請求疾患名追加
11	合併症	1.無/2.有	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	合併症	
12	認知症	1.無/2.有/3.不明	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	認知症有無	
13	既往の骨折歴	1.無/2.有	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	既往骨折の有無	
14	受傷前活動状況	1.正常/2.J/3.J2/4.A/5.A2/6.B/7.B2/8.C/9.C2/10.評価不能	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	受傷前の活動状況	
15	受傷時状況	1.転倒/2.転落/3.その他	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	受傷機転	
16	手術有無	1.無/2.有	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	手術有無	
17	急性期領域入院日から手術日までの期間	〇〇日	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	手術までの日数	
18	骨折片側・両側	1.片側/2.両側	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	骨折側	
19	移動能力(屋内)	1.独歩/2.杖/3.低い歩き/4.シルバーカー/歩行器/5.車椅子/6.していない/7.不明	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	移動能力(屋内)	
20	移動能力(屋外)	1.独歩/2.杖/3.低い歩き/4.シルバーカー/歩行器/5.車椅子/6.していない/7.不明	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	移動能力(屋外)	
【3.合併症/既往歴】						
21	発症後の合併症の有無	1.無/2.有	○	[リハ患者]	合併症有無	
22	発症後の合併症の種類(場合、治療法)	1.無/2.有	○	[リハ患者]	合併症治療の有無	
23	リハの発症に影響を与えた合併症の有無	1.無/2.有	○	[リハ患者]	合併症治療の有無	
24	リハの発症に影響を与えた既往症の有無	1.無/2.有	○	[リハ患者]	既往症の有無	
25	リハの発症に影響を与えた既往症の「病」の概念	1.骨関節疾患/2.その他		[リハ患者]	既往症	
【4.リハ環境】						
26	リハ医関与の仕方	1.主治医(専門医)/2.主治医(非専門医)/3.コカサカト医(リハ専門医)/ 4.コンサルタント医(その他)か医/5.その他	○	[リハ患者]	リハ医の関与の仕方	
27	リハの発症時の要請状況(3職種以上)	1.定期的/2.定期的+随時/3.随時のみ	○	[リハ患者]	カンファレンスの実施状況	
28	MSWの関わり	1.あり/2.なし/3.不明	○	[リハ患者]	MSWの関わりの有無	
29	心理療法的関わり	1.あり/2.なし/3.不明	○	[リハ患者]	心理療法関わりの有無	

[5.日常生活機能評価]								
30	日常生活機能評価表	1.前院(他病棟)/2.入院(転棟)時/3.退院時	○	[リハ患者]	日常生活機能評価合計0 日常生活機能評価合計1 日常生活機能評価合計2			
[6.筋力/可動式/バランス能力障害]								
31	筋力(下肢)	1.リハ開始時:○/2.リハ開始時:△/3.リハ開始時:× 1.退院時:○/2.退院時:△/3.退院時:×	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	筋力_下肢1 筋力_下肢3			
32	膝伸屈制限	1.リハ開始時:有/2.リハ開始時:無 1.退院時:有/2.退院時:無	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	可動域_膝関節拘縮の有無1 可動域_膝関節拘縮の有無3			
33	尖足	1.リハ開始時:有/2.リハ開始時:無 1.退院時:有/2.退院時:無	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	可動域_足関節拘縮の有無1 可動域_足関節拘縮の有無3			
34	バランス能力障害	1.リハ開始時:有/2.リハ開始時:無/3.リハ開始時:不明 1.退院時:有/2.退院時:無/3.退院時:不明	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	バランス能力障害1 バランス能力障害3			
[7.認知症]								
35	MMSE	1.リハ開始時/2.退院時	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	MMSE1 MMSE3			
36	HDS-R	1.リハ開始時/2.退院時	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	HDSR1 HDSR3			
37	BPSD	1.リハ開始時:有/2.リハ開始時:退.無/3.退院時:有/4.退院時:無	○	[大腿骨頸部骨折リハ患者]	BPSD1 BPSD3			
[8.ADL]								
38	日常生活自立度	1.リハ開始時/2.退院時	△	[リハ患者]	日常生活自立度1 日常生活自立度2			
39	認知症老人の日常生活自立度	1.リハ開始時/2.退院時	○	[リハ患者]	認知症老人の日常生活自立度1 認知症老人の日常生活自立度2			
40	Barthel Index	1.リハ開始時/2.退院時	○	[リハ患者]	BI合計_3 BI合計_2_3			
41	FIM	1.リハ開始時/2.退院時	○	[リハ患者]	FIM合計1 FIM合計2			
[9.訓練]								
42	正規以外の訓練	1.あり/2.なし/3.不明	新規追加	[リハ患者]	正規以外の訓練			[訓練等2]レイアウトに配置
43	一週間以上訓練中断	1.あり/2.なし/3.不明	○	[リハ患者]	二週間以上の訓練中断の有無			※項目名称変更「二週間…」→「一週間…」 [訓練等2]レイアウト

[10.保険請求訓練数]													
44	PT	1.処方日/2.訓練初日/3.処方なし	○	[リハ患者]									
	PT(数)	1.保険請求分単位数計/2.自由診療分単位数計/3.非請求分含む単位数計	○	[リハ患者]									
45	OT	1.処方日/2.訓練初日/3.処方なし	○	[リハ患者]									
	OT(数)	1.保険請求分単位数計/2.自由診療分単位数計/3.非請求分含む単位数計	○	[リハ患者]									
46	ST	1.処方日/2.訓練初日/3.処方なし	○	[リハ患者]									
	ST(数)	1.保険請求分単位数計/2.自由診療分単位数計/3.非請求分含む単位数計	○	[リハ患者]									
[11.退院情報]													
47	退院日	○年○月○日	○	[リハ患者]									
48	退院先(終了時刻)	1.自宅/2.自宅以外の在宅(グループケアハウスなど)/3.老健施設/ 4.福祉施設(特養ホーム、養護ホームなど)/5.転院(リハ)/6.転院(療養)/ 7.転院(急変)/8.転院(その他)/9.転院(療養)/10.転院(転科(急変)/ 11.転院(転科(その他)/12.リハ終了/13.死亡	○	[リハ患者]									
49	身体障害者手帳	1.有*/1.有:申請を含む/2.無	○	[リハ患者]									
50	介護保険申請	1.有/2.無(未申請)/3.無(対象外)	○	[リハ患者]									
51	介護力	1.1.介護力ほとんどなし/2.1と3の間/3.3.常時、介護に専念できる者1人分に相当/ 4.3と5の間/5.常時、介護に専念できる者2人以上に相当/6.その他/7.不明	○	[リハ患者]									
52	自宅退院後のリハ継続	1.あり/2.なし	新規追加	[リハ患者]									
53	退院後リハ実施施設	1.自院通院/2.他施設通院・通所/3.訪問リハ	新規追加	[リハ患者]									
54	退院後リハ実施施設内容+時間	1.PT:週()分/2.OT:週()分/3.ST:週()分	新規追加	[リハ患者]									
55	退院後リハなしの理由		新規追加	[リハ患者]									

リハビリテーション患者DB入力項目 (Ver.4.0)

1. 全患者用

[1.患者情報]

患者 ID、患者氏名漢字、性別、生年月日

[2.基本情報]

入院区分、発症前居場所、発症日、入院年月日、入院中に発症、確定脳卒中病型中分類、請求疾患名

[3.リハ環境]

リハ医の関与の仕方、カンファレンスの実施状況、MSW の関わりの有無、心理療法処方の有無

[4.意識・認知障害の評価]

入院時 MMSE、退院時 MMSE、入院時 HDSR、退院時 HDSR

[5.ADL の評価]

入院時日常生活自立度、退院時日常生活自立度、入院時認知症老人の日常生活自立度、退院時認知症老人の日常生活自立度、入院時 BI 合計、退院時 BI 合計、入院時 FIM 合計、退院時 FIM 合計

[6.日常生活機能評価]

日常生活機能評価合計

[7.訓練・装具]

二週間以上の訓練中断の有無、装具の処方の有無、OT 処方日、OT 訓練初日、OT 処方なし、OT 訓練実施総単位数合計
ST 処方日、ST 訓練初日、ST 処方なし、ST 訓練実施総単位数合計

[8.合併症／既往症]

合併症有無、誤嚥性肺炎、尿路感染症、深部静脈血栓症、深部静脈血栓症_肺塞栓症、合併症治療の有無、脳卒中再発、既往症の有無、

[9.退院時情報]

退院年月日、退院先、身体障害者手帳の有無、介護保険申請の有無、介護力、自宅退院後のリハ継続、退院後リハ実施施設、退院後リハなしの理由

2. 脳卒中(直接入院用)

[1.患者情報]

患者 ID、患者氏名漢字、性別、生年月日

[2.基本情報]

入院区分、発症前居場所、発症日、入院年月日、入院中に発症、確定脳卒中病型中分類、請求疾患名、脳卒中既往歴、家族歴、Af、高血圧、糖尿病、抗凝固療法、急性期治療内容、脳出血治療、クモ膜下出血、発病前 Rankin、入院時 Rankin、退院時 Rankin

[3.リハ環境]

入院病棟の診療科、リハ医の関与の仕方、カンファレンスの実施状況、MSW の関わりの有無、心理療法処方の有無

[4.意識・認知障害の評価]

JCS、GCS、MMSE、HDSR、

[5.脳卒中・片麻痺機能障害の評価]

麻痺側、JSS、NIHSS、脳卒中_BS、脳卒中_FMS、脳卒中_SIAS、ModifiedAshworthScale、肩手症候群、失語の有無、失行の有無、半側無視の有無

[6.ADL の評価]

入院時日常生活自立度、退院時日常生活自立度、入院時認知症老人の日常生活自立度、退院時認知症老人の日常生活自立度、入院時 BI 合計、退院時 BI 合計、入院時 FIM 合計、退院時 FIM 合計

[7.日常生活機能評価]

日常生活機能評価合計

[8.訓練・装具]

二週間以上の訓練中断の有無、装具の処方の有無、

OT 処方日、OT 訓練初日、OT 処方なし、OT 訓練実施総単位数合計

ST 処方日、ST 訓練初日、ST 処方なし、ST 訓練実施総単位数合計

[9.合併症／既往症]

合併症有無、誤嚥性肺炎、尿路感染症、深部静脈血栓症、深部静脈血栓症_肺塞栓症、合併症治療の有無、脳卒中再発、既往症の有無、

[10.退院時情報]

退院年月日、退院先、身体障害者手帳の有無、介護保険申請の有無、介護力、自宅退院後のリハ継続、退院後リハ実施施設、退院後リハなしの理由

3. 脳卒中(転入院用)

[1.患者情報]

患者 ID、患者氏名漢字、性別、生年月日

[2.基本情報]

入院区分、発症前居場所、発症日、入院年月日、入院中に発症、確定脳卒中病型中分類、請求疾患名、脳卒中既往歴、家族歴、Af、高血圧、糖尿病、抗凝固療法、急性期治療内容、脳出血治療、クモ膜下出血、発病前 Rankin、入院時 Rankin、退院時 Rankin

[3.リハ環境]

入院病棟の診療科、リハ医の関与の仕方、カンファレンスの実施状況、MSW の関わりの有無、心理療法処方の有無

[4.意識・認知障害の評価]

JCS、GCS、MMSE、HDSR、

[5.脳卒中・片麻痺機能障害の評価]

脳卒中_BS、脳卒中_FMS、脳卒中_SIAS、ModifiedAshworthScale、肩手症候群、失語の有無、失行の有無、半側無視の有無

[6.ADL の評価]

入院時日常生活自立度、退院時日常生活自立度、入院時認知症老人の日常生活自立度、退院時認知症老人の日常生活自立度、入院時 BI 合計、退院時 BI 合計、入院時 FIM 合計、退院時 FIM 合計

[7.日常生活機能評価]

日常生活機能評価合計

[8.訓練・装具]

二週間以上の訓練中断の有無、装具の処方の有無、

OT 処方日、OT 訓練初日、OT 処方なし、OT 訓練実施総単位数合計

ST 処方日、ST 訓練初日、ST 処方なし、ST 訓練実施総単位数合計

[9.合併症/既往症]

合併症有無、誤嚥性肺炎、尿路感染症、深部静脈血栓症、深部静脈血栓症_肺塞栓症、合併症治療の有無、脳卒中再発、既往症の有無、

[9.退院時情報]

退院年月日、退院先、身体障害者手帳の有無、介護保険申請の有無、介護力、自宅退院後のリハ継続、退院後リハ実施施設、退院後リハなしの理由

4. 大腿骨頸部骨折

[1.患者情報]

患者 ID、患者氏名漢字、性別、生年月日

[2.基本情報]

入院区分、入院病棟の診療科、入院病棟の種別、発症日、入院年月日、入院中に発症、発症前居場所、確定脳卒中病型中分類、請求疾患名、既往歴、請求疾患名、合併症
認知症有無、既往骨折の有無、術前の活動状況、受傷機転、手術有無、手術までの日数、骨折側、入院時移動能力_屋内、入院時移動能力_屋外

[3.リハ環境]

入院病棟の診療科、リハ医の関与の仕方、カンファレンスの実施状況、MSW の関わりの有無、心理療法処方の有無

[5.筋力/可動域/バランス能力障害]

筋力_下肢、可動域_膝関節拘縮の有無、可動域_足関節拘縮の有無、バランス能力障害

[6.認知症]

MMSE、HDSR、BPSD

[7.ADL の評価]

入院時日常生活自立度、退院時日常生活自立度、入院時認知症老人の日常生活自立度、退院時認知症老人の日常生活自立度、入院時 BI 合計、退院時 BI 合計、入院時 FIM 合計、退院時 FIM 合計

[8.訓練・装具]

二週間以上の訓練中断の有無、装具の処方の有無、

OT 処方日、OT 訓練初日、OT 処方なし、OT 訓練実施総単位数合計

ST 処方日、ST 訓練初日、ST 処方なし、ST 訓練実施総単位数合計

[9.合併症/既往症]

合併症有無、誤嚥性肺炎、尿路感染症、深部静脈血栓症、深部静脈血栓症_肺塞栓症、合併症治療の有無、脳卒中再発、既往症の有無、

[10.退院時情報]

退院年月日、退院先、身体障害者手帳の有無、介護保険申請の有無、介護力、自宅退院後のリハ継続、退院後リハ実施施設、退院後リハなしの理由

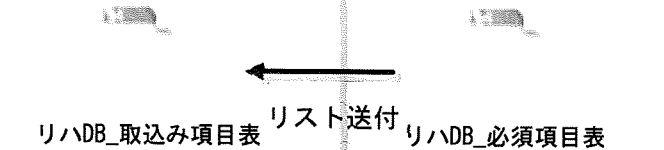
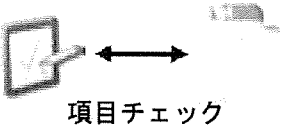
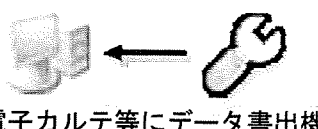
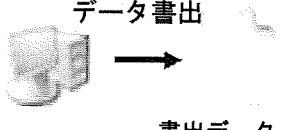
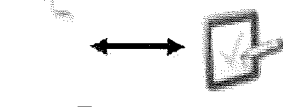



リハビリテーション患者DB入力画面 (Ver.4.0)

【データ処理手順】

○ 各病院にて使用されている患者管理システム等のデータをリハDB (FileMakerPro) に取込を行うには、以下の手順で行われます。

取込み対象データは下記のシステムになります。

- ・電子カルテ、電子レセプト、DPC、独自システム

作業手順	貴院作業内容	学会事務局
① 取り込みに必要な必須項目リスト(※1)をご提示いたします。		
② 貴院システム側にて書出可能な項目のチェック(※2)		
③ 貴院システム側にデータ書出し機能がない場合、書出プログラムを作成(※3)		
④ 貴院システムよりデータ書出、可能項目のチェック(※4)		
⑤ 貴院データの取込プログラムを作成		
⑥ 貴院データの取込機能追加版リハDBの送付		

※1 … リハDB入力の際、必須項目となっているフィールドリストを提供します。

※2 … 電子カルテ等の貴院システムより書出可能かどうか照らし合わせを行って下さい。

※3 … 貴院システムの書出機能につきましては、貴院システム管理者（またはプログラム制作者）にお問合せ下さい。（データ書出プログラムの作成に関しましては、貴院にてお願いいたします。）

※4 … 項目チェック後、格納データの内容によって取込不可能な項目がある場合があります。

