

図 3. 「脳卒中の再発予防」に向けたケアマネジメントチェック表

実施項目	チェック欄
1. 診療情報の収集	
①以前発症した脳卒中のタイプを確認する。	<input type="checkbox"/>
②高血圧、糖尿病、心房細動、脂質異常症に対する治療の有無を確認する。	<input type="checkbox"/>
2. 処方内容／服薬上の留意点の確認とケア関係者間での情報共有	
①「お薬の説明書」を読んで、治療目的、用法、注意事項を確認する。	<input type="checkbox"/>
②服薬上の留意点を医師に確認する。	<input type="checkbox"/>
③医師からの指示があった場合、その内容をケア関係者間で共有する。	<input type="checkbox"/>
3. 服薬状況の確認と医師への報告	
①服薬状況がどのような場合に連絡したらよいかを医師に確認する。	<input type="checkbox"/>
②①の指示があった場合、連絡方法(電話、FAX など)も確認する。	<input type="checkbox"/>
③聞き取りや薬の残量確認により、指示通りに服薬しているかどうかを確認する。	<input type="checkbox"/>
④服薬が指示通りでなかった場合は、事前の医師の指示に基づき対処する。	<input type="checkbox"/>
4. 生活習慣に関する留意点の確認	
①生活習慣に関する留意点を医師に確認する(禁煙、塩分摂取など)。	<input type="checkbox"/>
②普段の血圧の値を確認する(血圧手帳など)。	<input type="checkbox"/>
③体重に変化が起きているかを確認する。	<input type="checkbox"/>
5. 日常生活の確認	
①食事の摂取量を確認する。	<input type="checkbox"/>
②水分の摂取量を確認する。	<input type="checkbox"/>
③脱水を起こしていないかを確認する。	<input type="checkbox"/>
④便秘になっていないかを確認する。	<input type="checkbox"/>
⑤「痰がからむ」ことが起きているかを確認する。	<input type="checkbox"/>
⑥尿の状態が変化していないかを確認する。 (色が赤黒くなる、濃くなる、臭いが強くなる、回数が今までよりも増える／減る)	<input type="checkbox"/>
⑦「普段より元気がない」といったことが起きているかを確認する。	<input type="checkbox"/>