

医師が操作する画面の
メニューです。

共通	医師	看護師	療法士	MSW	検・薬	レコン	管理
入院時		リハビリ処方箋					
基本情報 入院時診察 精神・神経学的所見 SIAS他 ASIA 脳画像 脳血管病変部位詳細		(入院時 :追加) (外来 :追加) (デイクア :追加)					
高次脳機能		内服処方					
精神機能 知的機能 注意機能 記憶 遂行機能 無視 言語							
併存疾患尺度		書類入力					
(入院時 :入院後2週 :退院時 :その他)		ご報告 診断書 情報提供書 同意書 入院診療計画 退院診療計画 装具診断書 ご退院報告書 退院証明書					
退院時		千葉県共用パス					
退院時診察 精神・神経学的所見 SIAS他 ASIA 入院後経過		診療情報シート 診療計画書					
退院要約(医師)		居宅パス					
		診療経過表(基本) 診療経過表(再発予防)					
学会用調査研究資料作成		データ抽出 CSV					

入院時

基本情報 入院時診察
精神・神経学的所見 SIAS他 ASIA
脳画像 脳血管病変部位詳細

入院時基本情報(脳卒中)画面

入院時 (医師)

ログイン ID

入力画面 ☒ 部数自動

情報 基本情報(脳卒中) 表示内容をクリア 登録・上書きして登録 占有中 別の書類として登録 印刷 部数 1

履歴表示・非表示 入院時 基本情報(脳卒中) 作成日 2013/01/16 ☐ 入力タブ ☐ (2) 頁 01

主診断名	★ 心原性脳塞栓症
入院病名	1 同上
主障害名	1 失調症
脳出血部位	1
脳梗塞血管	1 椎骨脳底
クモ膜下出血	1
脳室穿破	1
水頭症	
シャント術	
その他手術	
手術名	
【併存症】	1
心房細動	★ 持続性
高血圧	★ 無
糖尿病	★ 無
その他診断名	1
【急性期治療内容】	1
脳梗塞	★
脳出血	★
くも膜下出血	★
抗凝固療法等	★ 抗凝固療法あり
現病歴 [7行]	平成... 画像... 上、... た。... 出血... り改... が、1... 。画像... してい... らの... 食によ... った... #とな

高次脳機能

精神機能 知的機能 注意機能 記憶
遂行機能 無視 言語

高次脳機能 精神機能画面

高次脳機能チェック

ログイン ID 2710007 ☒ 部数自動

機能 精神機能 占有中 部数 1 入院時 精神機能 作成日 2013/01/18 ☐ 入力タブ (2) 頁 01

検査日		C
【MMSE】		
評価可否	★	
現在の年	★	1
月	★	1
日	★	1
曜日	★	0
季節	★	1
現在の都県	★	1
国	★	1
市区村	★	1
病院名	★	1
階	★	1
3品目復唱	★	3
計算100-7・93-7・86-7・79-7・72-7	★	5
3品名再生	★	3
呼称(鉛筆)	★	1
呼称(時計)	★	1
文の復唱	★	1
指示に従う	★	3
読解	★	1
文を書く	★	1
模写	★	1
合計 (自動集計)	★	29
コメント		

併存疾患尺度

(入院時 : 入院後2週 : 退院時 : その他)

併存疾患尺度画面

併存疾患尺度 (医師)

ログイン

ID

入力画面

部数自動

閉じる

情報

併存疾患尺度

新規作成

表示内容をクリア

登録・上書きして登録

占有中

別の書類として登録

印刷

部数

1

履歴表示・非表示

他情報取得

併存疾患尺度

作成日

2013/07/21

入力タブ

(2)

頁

01

評価者		
【循環器】		
高血圧		2
心房細胞		2
心室期外収縮		4
狭心症		
心筋梗塞		
弁膜症		
心不全		
心電図異常		
【呼吸器系】		
肺炎		
慢性呼吸不全		
【骨関節系】		
肩関節痛		
その他の疼痛		
RA		
OA		
【内分泌・代謝系】		
脂質異常症		
肥満		
痩せ		
糖尿病		
電解質異常		
【消化器系】		

狭心症

西暦

和暦

単数選択

クリア

0 存在せず

1 存在するが治療の必要なし

2 治療の必要はあるが、リハの制限なし

3 リハを行う上で配慮、注意が必要

4 リハを行う上で十分な配慮、注意が必要

5 リハが禁忌又は行えない

リハビリ処方箋

(入院時 :追加) (外来 :追加)
(デイクア :追加)

リハビリ処方箋画面

リハビリ処方箋

ログイン

ID 271000

メモ帳

サブ表示

EXCEL

グループ毎表示

入力画面

部数自動

閉じる

処方

(入院時)処方箋

新規作成

表示内容をクリア

登録・上書きして登録

占有中

別の書類として登録

印刷

部数 1

履歴表示・非表示

他情報取得

(入院時)処方箋

作成日 2013/01/16

入力タブ (2)

頁 01

処方部署	M	PT OT ST 摂食機能療法
疾患別		脳血管
診断名 [1行]		心原性脳塞栓症
発症・受傷日	C 2	
担当医		
【入院リハ処方】		
PT 処方		# 1 筋力増強訓練 # 2 可動域訓練 # 3 基本動作訓練 # 4 立位・歩行訓練 # 5 応用歩行(階段、屋外)
OT 処方		# 1 筋力増強訓練 # 2 可動域訓練 # 3 基本動作訓練 # 4 ADL訓練 # 5 上肢巧緻性訓練
ST 処方		# 1 嚥下評価・訓練 # 2 高次脳機能評価・訓練 # 3 構音評価・訓練
【入院時間点】		
機能障害		失調症 嚥下障害 構音障害 左片麻痺軽度 めまい・嘔気
能力低下		歩行障害 ADL低下 摂食困難
社会的不利		4階 復職
		心原性脳塞栓症

内服処方

内服処方画面

内服処方 (医師)

ログイン

ID

メモ帳

サブ表示

EXCEL

グループ毎表示

入力画面

☒ 部数自動

閉じる

情報

内服処方

新規作成

表示内容をクリア

登録・上書きして登録

占有中

別の書類として登録

印刷

部数

1

履歴表示・非表示

薬剤選択

他情報取得

入院時

内服処方

作成日

2013/01/16

☐ 入力タブ

☐ (2)

頁

01

内服処方	ワーファリン錠1mg 4錠 ランソプラゾールOD錠15mg「JG」 1錠 分1 朝食後 マグラックス錠330mg 3錠 分3 朝・昼・夕(毎食後)
------	---

処方箋は別途あり
ここでは、部署間での情報交換を目的として
登録しています。

書類入力

ご報告 診断書 情報提供書 同意書
 入院診療計画 退院診療計画
 装具診断書 ご退院報告書 退院証明書

書類入力画面 ご報告書(入院)

書類

ログイン

ID

メニュー

サブ表示

EXCER

グループ毎表示

入力画面

☒ 部数自動

閉じる

書類

ご報告書(入院)

新規作成

表示内容をクリア

登録・上書きして登録

占有中

別の書類として登録

印刷

部数

1

履歴表示・非表示

他情報取得

ご報告書(入院)

作成日

2013/01/16

☐ 入力タブ

☐ (2)

頁

01

担当医氏名		
診療科		リハビリテーション科
紹介元医療機関		
診療科		脳神経外科
医師名		
患者名		
来院日付		C 平成 25年01月16日
今後の方針		平成25年1 ハビリテーシ
対応		報告終了

退院時

退院時診察

精神・神経学的所見 SIAS他 ASIA

入院後経過

退院時診察画面

退院時 (医師)

ログイン

ID

メニュー

表示

EXCEL

印刷

入力画面

部数自動

閉じる

情報

退院時診察

新規作成

表示内容をクリア

登録・上書きして登録

占有中

別の書類として登録

印刷

部数

1

履歴表示・非表示

他情報取得

退院時

退院時診察

作成日

2013/07/21

入力タブ

(2)

頁

01

m-Rankin Scale	★	2
日常生活自立度	★	J2
認知症老人の日常生活自立度	★	III a
認知症BPSD(認知症に伴う問題行動)	★	
身体所見		
【身体測定握力】		
1回目 Kg 右		
2回目 Kg 右		
1回目 Kg 左		
2回目 Kg 左		
【基本動作(FIM like)】 (装具なしで行う。手すりありは6)		
起き上がり		
座位		
立ち上がり		
立位		
片脚立位時間 秒 右		
片脚立位時間 秒 左		
スクワット		
10m歩行時間 秒		
車椅子駆動時間 秒		
歩行補助具		
装具		
歩行レベル		

認知症BPSD(認知症に伴う問題行動)

西暦

和暦

単数選択

クリア

有	
無	

退院要約 (医師)

退院要約画面

ログイン

ID

入力画面

部数自動

閉じる

退院要約 (脳卒中)

退院要約 (大腿骨頸部骨折)

退院要約 (その他)

表示内容をクリア

登録・上書きして登録

占有中

別の書類として登録

印刷

部数

1

履歴表示・非表示

他情報取得

DR退院要約(脳卒中)

作成日

2013/07/21

入力タブ

(2)

頁

01

記載者		
入院日	SC	2013/01/16
発症日・受傷日 (主診断名の真の発症日・受傷日)	C	
起算日	C	
退院日	C	
主診断名		
入院病名		大腿骨頸部骨折
主障害名		失調症
現病歴		
既往歴		
生活歴		
【問題点】		
機能障害		
能力低下		
社会的不利		
内科的問題点		
入院評価要約		
退院評価要約		
*****入院後経過*****		
転帰先		
歩行レベル FIM		
歩行補助具		
装具名		
装具作成日	C	
退院要約作成日		

情報取得画面

患者ID

FrmCode

TitleCode

TitleName

閉じる

編集エリア

情報取得

予備

情報の取得	セット位置	1	選択項目	金セット	日付1	日付2	日付3	日付4	L	W1
(元)項目	(元)項目	セット項目名			2013/01/16 入院時					
入院日	入院日				2013/01/16					
発症日・受傷日	発症日・受傷日				2012/11/27					
起算日	起算日				2012/12/19					
主診断名	主診断名				心原性脳塞栓症					
入院病名	入院病名				同上					
主障害名	主障害名				失調症					
現病歴	現病歴(7行)				平成24年11月27日					
既往歴	既往歴(2行)				心原性脳塞栓症					
生活歴	生活歴(2行)				心原性脳塞栓症					
機能障害	機能障害				2013/01/16 入院時					
能力低下	能力低下				失調症					
社会的不利	社会的不利				歩行障害					
内科的問題点	内科的問題点				4階					
入院評価要約	入院評価要約①				心原性脳塞栓症					
入院評価要約	入院評価要約②自由				2013/01/16 入院時					
退院評価要約	項目名				上肢内 製憲					
退院評価要約	合計(自動集計)				【麻痺側】左					
退院評価要約	項目名				【麻痺側】右					
退院評価要約	項目名				【麻痺側】左					
退院評価要約	項目名				【麻痺側】右					
退院評価要約	項目名				【麻痺側】左					
退院評価要約	項目名				【麻痺側】右					

診療情報シート
診療計画書

Pass書類

ログイン

ID

メモ帳

サブ表示

EXCEL

グループ毎表示

入力画面

部数自動

閉じる

Pass

診療情報シート

新規作成

表示内容をクリア

登録・上書きして登録

占有中

別の書類として登録

印刷

部数

1

履歴表示・非表示

他情報取得

診療情報シート

作成日

2013/07/21

入力タブ

(2)

頁

01

発行病院		東京湾岸リハビリテーション病院
送り先		
患者基本情報 記入日付	C	平成25年07月21日
科		リハビリテーション
医師名		
患者氏名		
ID		
性別		
生年月日	C	
年齢		
発症日	C	
入院日	C	2013/01/16
機能障害		
その他内容 [8]		
認知症 改訂版長谷川式簡易認知評価スケール 点		
MMSE 点		
うつ症状 GDS 点		
既往歴及び生活習慣		
腎障害 内容 [6]		
認知症 内容 [7]		
脳血管障害 内容 [5]		
その他 内容 [12]		
入院中合併症		
その他 内容 [10]		
回復期入院経過 [14行] [22/行]		

居宅パス

診療経過表(基本)
診療経過表(再発予防)

居宅パス画面

Pass書類

ログイン
ID

新規作成

表示内容をクリア
登録・上書きして登録
占有中
別の書類として登録
印刷
部数
1

履歴表示・非表示
他情報取得
診療経過表[基本]
作成日
2013/07/21
☐ 入力タブ
☐ (2)
部数
1

発行病院
送り先

【診療経過表 患者基本情報】

氏名
生年月日(和暦)
診断
発症日(和暦)
機能障害
その他 補足 [12]

かかりつけ医で管理する疾患・生活習慣など
その他 補足 [10]

【入院の記録】

病院①
入院日(西暦)
退院日(西暦)
病院・診療科(連絡先)
担当医

病院②
入院日(西暦)
退院日(西暦)
病院・診療科(連絡先)
担当医

病院③
入院日(西暦)
退院日(西暦)
病院・診療科(連絡先)
担当医

病院④
入院日(西暦)

機能障害

西暦
和暦
☒ 単数選択
クリア

右麻痺
左麻痺
失調
高次脳機能障害
認知症
視野障害
構音・嚥下障害
その他

学会の調査研究用

ログイン ID

メモ帳 サブ表示 EXCEL グループ毎表示

入力画面 ☒ 部数自動 閉じる

書類 全患者用 新規作成

表示内容をクリア 登録・上書きして登録

履歴表示・非表示 他情報取得 全患者用 作成日 2013/

【患者情報】

患者ID 2

性別 5

生年月日 C 1

登録区分

【基本情報】

入院区分 直接(急性期)入院

発症/受傷日 C

来院日 C 2013/01/16

入院中発症 発症後入院

発症前居所 自宅

保険請求上の疾患別
リハビリテーションの請求疾患名 脳血管疾患

退院日 C

退院先(終了時転帰)

主治医の診療科 リハ科

主たる入院病棟の種別 回復期1

身体障害者手帳の有無

介護保険申請の有無

自宅退院後のリハ継続計画

自宅退院後リハ実施予定施設

自宅退院後リハなしの理由

介護力

【ADL(寝たきり度)】

日常生活自立度_退院時

【ADL(認知症老人の日常生活自立度)】

各部署が登録した情報から必要な情報を取得する

発症前居所
西暦 和暦 ☒ 単数選択 クリア

自宅
自宅以外

データ抽出 CSV

基本データ抽出画面

各部署が登録した情報を抽出します。

解析用基本データ出力

①書類を選択します。

書類 [01] 医師基本 107A 基本情報(脳卒中)

検索条件

☐ 入院日 From 2013/07/22 To 2013/07/22

②抽出条件を選択します。

検索条件2

☒ 作成日 From 2013/04/09 To 2013/07/22

☐ 患者ID

抽出項目

全セット 全クリア

③取得する情報の項目を設定します。

名称	左右	選択
入院日		●
発症日・受傷日(主診断名の真の発症日・受...		●
起算日		●
主診断名		●
入院病名		●
主障害名		●
脳出血部位		●
脳梗塞血管		●
くも膜下出血		●
脳室穿破		●
水頭症		●
シャント術		●
その他手術		●
手術名		●
【併存症】		●
心房細動		●
高血圧		●
糖尿病		●
その他診断名		●
【急性期治療内容】		●
脳梗塞		●
脳出血		●
くも膜下出血		●
抗凝固療法等		●
現病歴 [7行]		●
入院前リハ		●
入院前痙攣		●
発症後2桁以上の意識障害の期間 日		●

抽出 CSV出力 閉じる

患者ID	名前	性別	生年月日	病棟	ベッド
2	松	M	1946	3F	
2	佐	M	1940	2F	221
2	鎌	F	1936	2F	
2	山	F	1920	2F	214
2	門	M	1967	3F	312
2	菅	M	1945	3F	320
2	藤	M	1938	3F	312
2	新	F	1927	4F	403
1	高	F	1936	3F	314
2	永	F	1958	4F	415
2	川	F	1958	4F	415
2	石	M	1934	3F	315
2	石	M	1958	2F	215
2	加	M	1958	3F	327
2	坂	M	1954	3F	312
2	佐	M	1936	2F	
2	三	M	1931	2F	222
2	山	F	1960	4F	426
2	宮	F	1926	2F	216
2	陸	F	1936	3F	325
1	竹	M	1934	4F	408
2	石	F	1942	2F	225
2	渡	F	1923	3F	313
2	石	M	1945	3F	326
2	片	F	1928	3F	321
2	井	M	1964	4F	428
2	江	M	1948	3F	316
1	江	M	1938	2F	
2	矢	F	1931	4F	428
2	澤	M	1965	3F	315
2	藤	F	1941	3F	312
2	平	F	1937	4F	411

④選択した項目について、検索結果を取得します。