

浮腫のリハビリ評価シート

01 安全確認 → 背景の確認 → 浮腫の由来を整理

医療職向け・手／上肢中心 | 原因仮説と経過を共有する独自記録用紙（診断尺度ではありません）

氏名／ID：_____ 評価日：____年__月__日 時刻：____：____

評価者：_____ 脳卒中発症日：_____ 麻痺側：☐右 ☐左 ☐両側

腫れの発症：_____ ☐急に（時間～日） ☐徐々に 経過：☐増悪 ☐不変 ☐改善

1 | 最初に確認：該当時は測定・ケアより医療対応を優先

☐ 突然の呼吸困難／胸痛／意識の変化 → 救急要請（119）

☐ 手が急に冷たい・白い／青紫色で強く痛む → 緊急に医療評価

☐ 急な片側の腫れ ☐ 発赤・熱感・発熱 ☐ 外傷後の強い痛み／変形

☐ 原因不明の増悪 ☐ 全身のむくみ・急な体重増加 → 速やかに医師へ相談

疑いが残る場合：圧迫・マッサージ・温熱を開始せず、医師に確認する。

判断：☐救急対応 ☐当日相談 ☐通常評価へ 連絡先／時刻：_____

2 | 分布・生活背景・既往を確認

部位：☐指 ☐手背 ☐手掌 ☐前腕 ☐上腕 ☐下肢 ☐顔／体幹 左右：☐右 ☐左 ☐両側

変化：☐下垂で増える ☐支持・挙上で減る ☐朝夕差あり ☐変化なし ☐不明

活動：☐随意運動が少ない ☐長時間同じ姿勢 ☐装具／衣類の締め付け ☐介助時の牽引

背景：☐心疾患 ☐腎疾患 ☐肝疾患 ☐栄養問題 ☐血栓歴 ☐悪性腫瘍 ☐感染／外傷

☐リンパ節手術／放射線治療 ☐カテーテル ☐薬剤の開始・変更 ☐その他

具体的な既往・薬剤・医師の指示：_____

3 | 由来の仮説（複数可・所見だけで確定しない）

☐ 依存性・不動：麻痺側優位／下垂・低活動と関連／支持や運動で変化

☐ 静脈還流障害：片側の腫れ・重さ／カテーテル等の背景（急な腫れは血栓を確認）

☐ リンパ系：手術・放射線歴／皮膚の厚み・硬さ（初期は圧痕を伴うこともある）

☐ 炎症・感染・外傷：局所の発赤・熱感・圧痛／創傷・発熱・外傷歴

☐ 全身性・薬剤性：両側／他部位も腫れる／体重・既往・服薬との関連

☐ CRPS疑い：不釣り合いな持続痛＋色・温度・発汗・感覚などの変化（2枚目）

☐ その他／不明：_____

根拠・未確認事項：_____

医師の診断／検査結果・照会内容：_____

圧痕・左右差・挙上への反応だけでは、原因疾患を確定または除外できません。

浮腫のリハビリ評価シート

02 状態の測定 → 痛み・動作 → 介入後の再評価

医療職向け・手／上肢中心 | 原因仮説と経過を共有する独自記録用紙（診断尺度ではありません）

氏名／ID：_____ 評価日：_____ 評価者：_____

条件：時刻____：____ ☐座位 ☐臥位 上肢位置：_____ 安静時間：_____分

直前の運動／圧迫・装具／挙上：_____ 写真：☐同意あり ☐実施せず

4 | 腫れの性状と周径：同じ場所・姿勢・時刻・張力で比較

性状：☐軟らかい ☐張りが強い ☐硬い 圧痕：☐あり ☐なし ☐未評価

圧痕の部位：_____ 押した時間：____秒 戻るまで：____秒／☐残存 ☐未測定

皮膚：☐正常 ☐赤い ☐蒼白／紫色 ☐傷 ☐乾燥 ☐光沢 温度：☐同等 ☐温 ☐冷

感覚低下：☐あり ☐なし ☐不明 皮膚／循環の懸念：_____

周径の部位・目印（単位 cm）	右：初回	左：初回	患側：再評価	日付／時刻
手部：母指を除く MCP 関節レベル				
手関節：遠位手関節皮線				
指：第__指／目印_____				
追加部位：_____				

メジャーで皮膚を締め付けない。自然な左右差もあるため、同側の経時変化を重視。

5 | 痛み・動作・CRPSを疑う所見

痛みNRS（0＝なし、10＝最悪）：安静____／10 運動____／10 動作：_____

回答：☐本人 ☐回答困難（表情・防御・声などを記録：_____）

動作：手関節自動伸展____°／他動____° 指先～手掌の距離____cm（第__指・条件____）

困る生活動作：_____ 必要な介助／痛みの影響：_____

CRPS関連：各領域で「本人の訴え S」「本日の観察 O」を分けてチェック

感覚（過敏・軽い接触で痛い）S ☐ O ☐ 血管運動（温度・色の左右差）S ☐ O ☐

発汗／浮腫（発汗差・腫れ）S ☐ O ☐ 運動／栄養（可動域・皮膚・爪等）S ☐ O ☐

不釣り合いな持続痛：☐有 ☐無 ☐不明 S____／4領域、O____／4領域 → 医師へ共有

Budapest基準：持続痛＋S≥3領域＋O≥2領域＋他の診断で説明できないこと。

脳卒中自体による麻痺・可動域制限と重なるため、チェック数だけで診断しない。

6 | 対応と再評価

方針：☐医師照会 ☐支持・姿勢 ☐運動 ☐専門職管理下の圧迫 ☐その他_____

実施内容・量／直後の変化：_____

次回：_____ 目標（腫れ・痛み・生活動作）：_____