

地域連携診療計画書 能登脳卒中地域連携パス(患者用)

患者氏名: _____様 病名: 脳梗塞 脳出血 クモ膜下出血 説明日: 平成 _____年 _____月 _____日

病院名	急性期病院 (_____)	回復期病院 (_____)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (_____) <input type="checkbox"/> 転院 (_____)											
予定期間	全身状態がよければ(_____)週間で退院あるいは転院(転棟)できます		(_____)ヶ月間で退院できます											
退院基準	病状が安定していること		状態が安定し、支援の体制が整っていること											
月日			目標: 再発予防と健康生活の維持											
経過	入院日	発症~1週目 1~2週目 2~(_____)週目 退院前		転院時 (_____)か月 退院前										
治療内容	診断と治療の決定 手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			現在できる身の回り動作を続け、さらにできる事を増やしましょう 閉じこもりを避け、社会参加を進めましょう 転倒予防と健康生活の維持を図ります										
検査	CT/MRIなど	血液検査、CT、MRI、頭部血管造影検査、必要に応じて以下の検査も行います	必要に応じて以下の検査を行います。 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 単純X線 <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他(_____)	かかりつけ医などで定期的診察・検査を受けましょう										
薬剤	常用薬・中止薬を確認します	下記のような点滴・内服などが行われます <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>点滴</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>内服</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> 薬剤師からクスリの説明・指導を行います	点滴	_____	_____	_____	_____	内服	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 持参薬の確認と内服を継続します <input type="checkbox"/> 内服薬や自己注射が自己管理ができるようにしましょう <input type="checkbox"/> その他(_____)	内服薬や自己注射を自己管理できるようにしましょう 再発予防の薬の内服を忘れないようにしましょう
点滴	_____	_____	_____	_____										
内服	_____	_____	_____	_____										
安静度・リハビリ	今後のリハビリの仕方などを説明します	血圧など身体状況に留意し、離床目的に関節可動域訓練、筋力増強訓練、筋再教育訓練、基本動作訓練、起立・歩行訓練、日常生活動作訓練を開始します。状態に応じて、以下の練習を追加します。 <input type="checkbox"/> 高次脳機能アプローチ <input type="checkbox"/> 精神機能アプローチ <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下療法 (_____)		家事や外出をして、生活を豊かにしましょう 施設では生活に密着した日常生活動作を中心に訓練します 余暇活動にも積極的に参加しましょう 時々、装具のチェックもしてもらいましょう 新に病気になったり、再発しないように適度な運動をしましょう										
食事	<input type="checkbox"/> 飲食できません <input type="checkbox"/> 嚥下状態応じた食事提供	<input type="checkbox"/> 食事が開始されます <input type="checkbox"/> 経管栄養となります	<input type="checkbox"/> 通常の食事となります <input type="checkbox"/> 治療食となります <input type="checkbox"/> 経管栄養となります	自宅では状態により各種介護サービスを利用しましょう										
清潔静養	<input type="checkbox"/> 清拭・洗髪をします <input type="checkbox"/> シャワー浴ができます <input type="checkbox"/> 入浴ができます	<input type="checkbox"/> 清拭・洗髪をします <input type="checkbox"/> シャワー浴ができます <input type="checkbox"/> 入浴ができます	<input type="checkbox"/> 清拭・洗髪をします <input type="checkbox"/> シャワー浴ができます <input type="checkbox"/> 入浴ができます	自宅への試験外泊をします スタッフによる住宅訪問などがあります										
排泄	<input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 床上排泄 <input type="checkbox"/> PTトイレ排泄 <input type="checkbox"/> トイレ排泄	<input type="checkbox"/> 持続又は間欠的導尿を行います <input type="checkbox"/> 床上排泄を行います <input type="checkbox"/> PTトイレ排泄を行います <input type="checkbox"/> トイレ排泄を行います	<input type="checkbox"/> 持続又は間欠的導尿を行います <input type="checkbox"/> 床上排泄を行います <input type="checkbox"/> PTトイレ排泄を行います <input type="checkbox"/> トイレ排泄を行います	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 上記の移動にてトイレで排泄できます <input type="checkbox"/> 床上排泄 <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> 持続導尿 <input type="checkbox"/> 間歇導尿										
患者・家族への説明	検査結果と治療方針の説明があります	今後の方向性などスタッフと相談し決定します	地域連携室担当者が転院先や地域に連携をとり、退院後の調整をします 転倒予防や院内感染予防などの説明があります 介護教室などに参加しましょう 介護認定申請をします 住宅改造には介護保険を利用することができます 詳しくは地域連携担当者へ	通所サービス <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(<input type="checkbox"/> 短期間型) <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護										
入院時症状/退院時状態	[入院時症状] <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	[退院時患者状態] 退院日: 平成 _____年 _____月 _____日 移動能力 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子介助移動 病院名 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 主治医 _____ 日常生活機能評価※※ 合計点: _____ / 19点	[退院時患者状態] 平成 _____年 _____月 _____日 移動能力 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子介助移動 病院名 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 主治医 _____ 日常生活機能評価※※ 合計点: _____ / 19点	[受診1ヵ月患者状態] 平成 _____年 _____月 _____日 移動能力 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子介助移動 病院・医院名 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 主治医 _____ 日常生活機能評価※※ 合計点: _____ / 19点										

※上記の内容は、あくまでも計画であり、患者さんの状態などにより変更がありますので、ご了承下さい。 ※※日常生活機能評価では合計点が低い程、できることが多いこととなります。

治療計画の説明を受けましたので、地域連携診療計画書(患者用及び医療者用)を使っての連携を行うことに同意します。

平成 _____年 _____月 _____日

署名: _____ (続柄 _____)