

中河内圏域・大腿骨頸部骨折地域診療計画書(地域連携パス) (医療者用)

氏名(性別)	様 (<input type="checkbox"/> 男性・ <input type="checkbox"/> 女性)	受傷日	令和 年 月 日	診断名	(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) ・ <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部骨折 ・ <input type="checkbox"/> 大腿骨転子部骨折 (<input type="checkbox"/> 安定型 ・ <input type="checkbox"/> 不安定型) ・ <input type="checkbox"/> 大腿骨転子下骨折				
生年月日	<input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> T・ <input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳	急性期入院日	令和 年 月 日	回復期入院日	令和 年 月 日	回復期退院日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
受傷前状態	移動 : <input type="checkbox"/> ベッド上 ・ <input type="checkbox"/> 車椅子 ・ <input type="checkbox"/> つかまり立ち ・ <input type="checkbox"/> つたい歩き ・ <input type="checkbox"/> 歩行器 ・ <input type="checkbox"/> 杖歩行 ・ <input type="checkbox"/> 独歩		栄養 : 問題 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		排泄 : <input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 介助		認知症 : <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		

経過	急性期 (病院名:)	回復期 (病院名:)	維持期:							
	入院当日～ 2週目～転院予定日 (/) *2ヶ月以内	転院～ 2週目～1ヶ月目 ~退院 (/)	退院後 (/)							
手術・治療	手術の有無: <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 手術日 (/) 手術名: <input type="checkbox"/> 人工骨頭置換術 (セメント・セメントレス) ・ <input type="checkbox"/> ハンソンピン ・ <input type="checkbox"/> CCHS <input type="checkbox"/> γネイル ・ <input type="checkbox"/> CHS ・ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 持参薬 (<input type="checkbox"/> 継続 ・ <input type="checkbox"/> 中止) <input type="checkbox"/> かかりつけ薬局の確認 <input type="checkbox"/> 有 (薬局名) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 獲得した動作方法を実施できる <input type="checkbox"/> 必要な介護サービスを利用できる							
目標	<input type="checkbox"/> 症状の悪化を起こさない(廃用防止) <input type="checkbox"/> 状態に応じて日常生活動作が無理なく拡大できる 《 転院基準 》 ◆ 急性期治療が終了し全身状態が安定している	<input type="checkbox"/> リハビリに参加できる <input type="checkbox"/> 状態に応じて日常生活動作拡大することができる 《 退院基準 》 ◆ 入院におけるリハビリが終了し、退院準備が整う	<input type="checkbox"/> 引きこもりになっていない							
検査	<input type="checkbox"/> X-P	<input type="checkbox"/> X-P (必要に応じて検査)	<input type="checkbox"/> X-P (必要に応じて検査)							
全身管理	<input type="checkbox"/> 合併症: <input type="checkbox"/> 肺炎 ・ <input type="checkbox"/> 褥瘡 ・ <input type="checkbox"/> その他 (3)	<input type="checkbox"/> 口腔ケアの有無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 口腔ケアの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
リハビリ	リハビリ開始 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 機能的評価 (<input type="checkbox"/> BI ・ <input type="checkbox"/> FIM) 荷重制限 <input type="checkbox"/> 全免荷 <input type="checkbox"/> 1/2荷重開始 (/ ~予定) <input type="checkbox"/> 全荷重開始 (/ ~予定) 股装具 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (/ まで)	<input type="checkbox"/> 回復期病院でのリハビリ開始 <input type="checkbox"/> 転倒・転落リスク評価 <input type="checkbox"/> ADL評価 (<input type="checkbox"/> BI・ <input type="checkbox"/> FIM) <input type="checkbox"/> 歩行補助具の検討 <input type="checkbox"/> 認知機能・せん妄評価 <input type="checkbox"/> カンファレンス (/)	<input type="checkbox"/> 外出・外泊練習 <input type="checkbox"/> 退院後の利用サービスの検討 <input type="checkbox"/> 退院後のサービス利用者に情報提供 <input type="checkbox"/> 退院時リハビリ指導 <input type="checkbox"/> ADL評価 (<input type="checkbox"/> BI ・ <input type="checkbox"/> FIM) <input type="checkbox"/> リハビリ総合実施計画書作成 <input type="checkbox"/> カンファレンス (/)							
食事	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 治療食 ()	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 治療食 ()								
排泄	<input type="checkbox"/> 尿管ケア管理 <input type="checkbox"/> 排泄訓練 排泄場所: <input type="checkbox"/> オムツ ・ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ ・ <input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> 排泄評価 <input type="checkbox"/> 退院後の生活環境把握 <input type="checkbox"/> 退院後の環境に合わせた動作方法の検討	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 (必要時) <input type="checkbox"/> 入浴介助 (必要時)							
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 ・ <input type="checkbox"/> 特浴 ・ <input type="checkbox"/> シャワー浴 ・ <input type="checkbox"/> 介助浴	<input type="checkbox"/> 入浴評価								
説明	<input type="checkbox"/> 病状説明 (病状・予後など) (/) <input type="checkbox"/> 連携パス説明 <input type="checkbox"/> 介護保険の確認 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 身体障害者診断 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> かかりつけ薬局の確認 <input type="checkbox"/> 有 (薬局名) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> リハビリ実施状況説明 <input type="checkbox"/> 介護保険サービスの説明 <input type="checkbox"/> 家屋調査 <input type="checkbox"/> 退院後(在宅・施設)の決定 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員決定 <input type="checkbox"/> 介護保険の申請 <input type="checkbox"/> 介護認定調査 (/) <input type="checkbox"/> 転院・施設の情報提供	<input type="checkbox"/> かかりつけ医に情報提供 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員に情報提供 <input type="checkbox"/> 退院先(施設・病院等)に情報提供 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> 自宅の環境整備 <input type="checkbox"/> 紹介元病院への報告	<input type="checkbox"/> 介護認定調査 <input type="checkbox"/> 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 初回受診時 日常生活機能評価 (点)						
バリエーション	バリエーション有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 パス脱落日 平成 年 月 日 バリエーションコード () 合併症コード () ※その他の場合には、コード番号と共に具体的に記入。	バリエーション有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 パス脱落日 平成 年 月 日 バリエーションコード () 合併症コード () ※その他の場合には、コード番号と共に具体的に記入。	サイン							
退院時情報	日常生活機能評価				日常生活機能評価				回復期転帰先	A患者・家族 A-1 患者の身体状態 (以下の合併症コードから番号選択複数選択可。) ①肺炎 ・ ②その他の感染症 ③転倒その他の事故 ④水頭症又はシャントトラブル ⑤脳血管疾患再発 ⑥褥瘡発生 ⑦その他 () A-2 患者の精神状態 A-3患者・家族の診療・医療ケアに対する決断の遅れや拒否 A-4コンプライアンスの問題 A-5その他 () B医療スタッフ B-1医師の指示の変更・遅れ B-3技術的トラブル (医師・看護師・その他) B-5その他 () C病院システム C-1検査日の遅れ C-2手術日の遅れ C-6その他 () D地域・他 D-1転院先のベッド空き待ち D-3在宅ケア・家族援助不足 D-5その他 ()
	床上安静の指示	なし 0点	あり 1点	点	床上安静の指示	なし 0点	あり 1点	点	<input type="checkbox"/> 自宅	
	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる 0点	できない 1点	点	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる 0点	できない 1点	点	<input type="checkbox"/> ケア付き住宅	
	寝返り	できる 0点	何かにつかまればできる1点	できない 2点	寝返り	できる 0点	何かにつかまればできる1点	できない 2点	<input type="checkbox"/> 療養型病院	
	起き上がり	できる 0点	できない 1点	点	起き上がり	できる 0点	できない 1点	点	<input type="checkbox"/> 介護施設	
	座位保持	できる 0点	支えがあればできる1点	できない 2点	座位保持	できる 0点	支えがあればできる1点	できない 2点	<input type="checkbox"/> その他	
	移乗	できる 0点	見守り・一部介助が必要1点	できない 2点	移乗	できる 0点	見守り・一部介助が必要1点	できない 2点	()	
	移動方法	介助を要しない移動0点	介助を要する移動(搬送を含む)1点	点	移動方法	介助を要しない移動0点	介助を要する移動(搬送を含む)1点	点	介護保険認定状況	
	口腔清潔	できる 0点	できない 1点	点	口腔清潔	できる 0点	できない 1点	点	<input type="checkbox"/> 要介護	
	食事摂取	介助なし 0点	一部介助 1点	全介助 2点	食事摂取	介助なし 0点	一部介助 1点	全介助 2点	(1, 2, 3, 4, 5)	
	衣服の着脱	介助なし 0点	一部介助 1点	全介助 2点	衣服の着脱	介助なし 0点	一部介助 1点	全介助 2点	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 不要	
	他者への意思の伝達	できる 0点	できる時とできない時がある1点	できない 2点	他者への意思の伝達	できる 0点	できる時とできない時がある1点	できない 2点	訪問リハの状況	
	診療・療養上の指示が通じる	はい 0点	いいえ 1点	点	診療・療養上の指示が通じる	はい 0点	いいえ 1点	点	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
	危険行動	ない 0点	ある 1点	点	危険行動	ない 0点	ある 1点	点	通所系サービスの状況	
	担当者	主治医 () 看護師 () MSW ()	合計	点	主治医 () 看護師 () MSW ()	合計	点	点	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	

※1 入院期間については現時点で予想されるものである。 ※2 転院時に本票を紹介先病院へ送付する。