

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 ( )	<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	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 (必要時) <input type="checkbox"/> 入浴介助 (必要時)	
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	
説明	<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 )	サイン	
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。	バリエーション	
退院時情報	日常生活機能評価			
	床上安静の指示	なし 0点    あり 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
	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		点
	起き上がり	できる 0点    できない 1点		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		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		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
	口腔清潔	できる 0点    できない 1点		点
	食事摂取	介助なし 0点    一部介助 1点    全介助 2点		点
	衣服の着脱	介助なし 0点    一部介助 1点    全介助 2点		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		点
	診療・療養上の指示が通じる	はい 0点    いいえ 1点		点
	危険行動	ない 0点    ある 1点		点
担当者	主治医( ) 看護師( ) MSW( )	合計	点	
日常生活機能評価				
床上安静の指示	なし 0点    あり 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	
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		点	
起き上がり	できる 0点    できない 1点		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		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		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	
口腔清潔	できる 0点    できない 1点		点	
食事摂取	介助なし 0点    一部介助 1点    全介助 2点		点	
衣服の着脱	介助なし 0点    一部介助 1点    全介助 2点		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		点	
診療・療養上の指示が通じる	はい 0点    いいえ 1点		点	
危険行動	ない 0点    ある 1点		点	
担当者	主治医( ) 看護師( ) MSW( )	合計	点	
回復期転帰先				
<input type="checkbox"/> 自宅				
<input type="checkbox"/> ケア付き住宅				
<input type="checkbox"/> 療養型病院				
<input type="checkbox"/> 介護施設				
<input type="checkbox"/> その他 ( )				
介護保険認定状況				
<input type="checkbox"/> 要介護 ( 1, 2, 3, 4, 5 )				
<input type="checkbox"/> 要介護				
<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 不要				
訪問リハの状況				
<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
通所系サービスの状況				
<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。