

中河内圏域・脳卒中地域診療計画書(地域連携パス) (医療者用)

西暦の下二桁

急性期病院バス適用順番号

急性期病院

回復期リハビリテーション病院

S

—

—

—

—

氏名(性別)	様 (<input type="checkbox"/> 男性・ <input type="checkbox"/> 女性)	発症日	令和 年 月 日	診断名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞・ <input type="checkbox"/> 脳出血・ <input type="checkbox"/> くも膜下出血				
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
発症前状態	移動: <input type="checkbox"/> ベット上・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> つかまり立ち・ <input type="checkbox"/> つかまり歩行・ <input type="checkbox"/> 歩行器・ <input type="checkbox"/> 杖歩行・ <input type="checkbox"/> 独歩 栄養: <input type="checkbox"/> 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"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり								

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						
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 <input type="checkbox"/> 危険因子(高血圧・糖尿病・高脂血症など)について理解できる 《転院基準》 <input checked="" type="checkbox"/> 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を拡大することができる <input type="checkbox"/> 退院先を決定することができる <input type="checkbox"/> 退院先に応じた生活環境を整えることができる <input type="checkbox"/> 退院先に応じた動作方法を習得できる <input type="checkbox"/> 自己訓練や介助方法の指導を習得できる 《退院基準》 <input checked="" type="checkbox"/> 入院におけるリハビリが終了し、退院準備が整う	退院後(/) <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 <input type="checkbox"/> 引きこもりになっていない						
検査	<input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 頭部CT (必要に応じて)	<input type="checkbox"/> 頭部CT (必要に応じて)						
口腔ケア	<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"/> 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						
全身管理治療	<input type="checkbox"/> 合併症: 肺炎 褥瘡 その他 () <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 (バアスピリン・パナルジン・プレタールなど) <input type="checkbox"/> 抗凝固療法 (tPA・ワーファリンなど) <input type="checkbox"/> 手術の有無: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (手術名:)	<input type="checkbox"/> 内服管理訓練	<input type="checkbox"/> 血圧管理						
機能障害	<input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失調症 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 回復期病院でのリハビリ開始	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ (必要時) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (必要時) <input type="checkbox"/> 認知機能 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV <input type="checkbox"/> 日常生活自立度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 <input type="checkbox"/> ADL評価 (<input type="checkbox"/> BI・ <input type="checkbox"/> FIM) <input type="checkbox"/> 家事援助 (必要時)						
リハビリ	リハビリ開始 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 機能的評価 (<input type="checkbox"/> NIHSS・ <input type="checkbox"/> mRS・ <input type="checkbox"/> BI・ <input type="checkbox"/> FIM)	<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"/> 補装具の検討 <input type="checkbox"/> 認知機能・せん妄評価 <input type="checkbox"/> PT・OT・ST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"/> 嚥下評価 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 経口摂取 (形態: <input type="checkbox"/> 大口・ <input type="checkbox"/> きざみ・ <input type="checkbox"/> トロミ・ <input type="checkbox"/> ブレンダー・その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養管理 (PEG・経鼻) <input type="checkbox"/> 制限 (Cal・水 ml・塩分 g・その他)	<input type="checkbox"/> 嚥下評価 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練	<input type="checkbox"/> 食事の作り方の指導						
排泄	<input type="checkbox"/> 尿管ケア管理 <input type="checkbox"/> 排泄訓練 <input type="checkbox"/> 排泄場所: オムツ・ポータブルトイレ・トイレ	<input type="checkbox"/> 排泄評価 <input type="checkbox"/> 排泄訓練	<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"/> 入浴訓練	<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)						
説明	<input type="checkbox"/> 病状説明 (病状・予後など) <input type="checkbox"/> かかりつけ薬局の確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 連携パス説明 (薬局名) <input type="checkbox"/> 介護保険の有無確認 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 介護保険について説明 <input type="checkbox"/> 転院先決定 <input type="checkbox"/> 転院連絡 <input type="checkbox"/> 転院先に退院時情報提供	<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"/> 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"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> 身障手帳手続き説明 <input type="checkbox"/> 退院説明 <input type="checkbox"/> 紹介元 (急性期病院) へ退院時情報提供						
バリエーション	バリエーション有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 パス脱落日 令和 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 令和 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 バリエーション 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 ()						
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
	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"/> ケア付き住宅等
	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	点
	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"/> 療養型病院
	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	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	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	<input type="checkbox"/> 介護施設
	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"/> その他
	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	点
	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	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	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	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"/> 介護保険認定状況
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	<input type="checkbox"/> 要介護	
担当者	主治医 () 看護師 () MSW ()	合計	点	主治医 () 看護師 () MSW ()	合計	点	点	(1, 2, 3, 4, 5)	
								訪問リハの状況	
								点	
								<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。