

南多摩 脳卒中 地域連携診療計画書

在宅⇒ 医院 / 病院

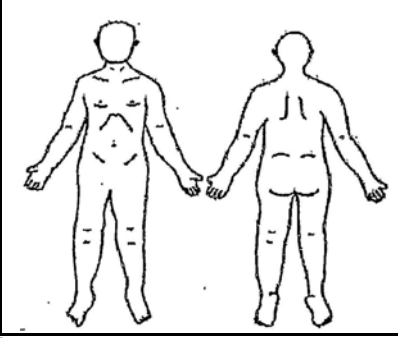
1. かかりつけ医の意見等の欄には、薬剤師の意見を含みます。
2. 初期評価から3～6ヶ月ごとに変更して下さい。
3. 各項目担当者は出来る限り最新の情報を記入して下さい。
4. このパスは、必要に応じて変更・追加訂正を行うこととします。
5. このパスは、医療・介護共通の介護ノートに添付してください。保管は患者さん及びご家族です。
6. 在宅から病院への入院、受診の際携帯して下さい。その際、医療・介護事項はコメント欄あるいは別紙にて記入してください。

転帰基準：安心して在宅療養を送る

患者基本情報			
患者ID		記載日	年 月 日 記入者
フリガナ		診断	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 (<input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> アテローム <input type="checkbox"/> 心原性塞栓)
氏名	男・女		<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	病巣部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 ()
		発症日	年 月 日 (歳)

生活状況 (ご本人・ご家族)	保険種別	国保・健保・高齢1・高齢3・後期1・後期3・生保・その他 () 公費など (低1・低2・障・難・その他 ())		
	身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 (年 / 申請) <input type="checkbox"/> 有 (肢体・内部・その他) 種 級		
	介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(新規・変更) (年 / 申請) <input type="checkbox"/> 認定済み (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)		
	日頃の生活の様子 (活動内容、自主訓練等)	0 3 6 9 12 15 18 21 24		
	利用しているサービス(別紙添付あり)	施設名	担当者	連絡先TEL
	かかりつけ医			
	訪問看護ステーション			
	ケアマネージャー			
	訪問介護			
	かかりつけ歯科医			

看護・介護 (看護師・ヘルパー・歯科医)	転院・退院時状況(看護情報) <input type="checkbox"/> 看護サマリあり	
	障害自立度(寝たきり度)(J A B C-1 2)	
	認知高齢者生活度(自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M)	
	身長()cm 体重()kg:増減()kg/直近3ヶ月	
	栄養状態(良・不良) 利き手(右 左)	
	口腔	義歯: <input type="checkbox"/> 有(上・下) <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 汚れ(口腔内・義歯) <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 口内炎
	食事	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食形態: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥・軟菜 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 水分とろみ: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 低粘度 <input type="checkbox"/> 中粘度 <input type="checkbox"/> 高粘度 嚥下: <input type="checkbox"/> むせ(時々・しばしば) <input type="checkbox"/> のどのごろごろ音 <input type="checkbox"/> 食べ物をこぼす <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 食事時間(約 分) <input type="checkbox"/> 経管(経鼻 経胃)()Fr 交換()週ごと
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 常時見守り <input type="checkbox"/> 介助 排泄回数()回/日 夜間排尿()回 排便回数()回/日 オムツ 尿器 トイレ ポータブルトイレ(24h 夜のみ) ストマ 膀胱ろう 尿道カテーテル: ()Fr 交換()ごと
	入浴 更衣 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重)
	移動	屋内 屋外 歩行 自立 伝い歩き 見守り 介助 自立 補助具使用 介助 車いす 自操 見守り 介助 自操 見守り 介助 歩行器 自操 見守り 介助 自操 見守り 介助 杖 杖 ロフトランド杖 四脚杖 杖 ロフトランド杖 四脚杖 段差 自立 手すり使用 介助 外出介助必要
注意事項/禁忌		

リハビリ・生活機能 (OT・PT・ST・医師)	リハビリサマリ添付あり/なし 記入日 月 日 記入者			
	今後の訓練目標			
	リハビリテーション内容	<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> 褥瘡		
	<input type="checkbox"/> 筋力維持増強訓練 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 寝返り動作訓練 <input type="checkbox"/> 床上座位訓練 <input type="checkbox"/> 立位保持訓練 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下訓練 <input type="checkbox"/> ヒアリング訓練 <input type="checkbox"/> 口内整容・発語訓練			
	回避していること(過介助等)			
	補助具と装具(今後の修正、更新)			
	日常生活機能評価表			
		0点	1点	2点
	安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
	手の挙上	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 捕まり可	<input type="checkbox"/> できない	
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支え必要	<input type="checkbox"/> できない	
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
移動方法	<input type="checkbox"/> 介助不要	<input type="checkbox"/> 介助移動		
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可能	<input type="checkbox"/> できない	
指示理解	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある		
合計点(/19点)				

かかりつけ医の意見/薬剤師等のコメント(記入日: 年 月 日 記入者:)
内服薬、自己注射など

私は上記の地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。

説明、同意日: 年 月 日 本人か家族の署名: