

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		記載日	年 月 日	記入者
患者ID		診断	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 )	
フリガナ			脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
氏名	男・女	病巣部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 ( )	
生年月日	M・T・S 年 月 日 ( 歳 )	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
	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		リハビリサマリ添付あり/なし 記入日 月 日 記入者	
	障害自立度(寝たきり度)(J A B C-1 2)		今後の訓練目標	
	認知高齢者生活度(自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M)		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	
	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"/> のどのゴロゴロ音 <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	回避していること(過介助等)	
	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	補助具と装具(今後の修正、更新)	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重)	日常生活機能評価表	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重)	0点 1点 2点	
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重)	安静指示 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
移動	屋内 屋外	手の挙上 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
歩行	自立 伝い歩き 見守り 介助 自立 補助具使用 介助	寝返り <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 捕まり可 <input type="checkbox"/> できない		
車いす	自操 見守り 介助 自操 見守り 介助	起き上がり <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
歩行器	自操 見守り 介助 自操 見守り 介助	座位保持 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支え必要 <input type="checkbox"/> できない		
杖	杖 ロフストランド杖 四点杖 杖 ロフストランド杖 四点杖	移乗 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない		
段差	自立 手すり使用 介助 外出介助必要	移動方法 <input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 介助移動		
注意事項/禁忌		口腔清潔 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
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		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)		

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: