

脳出血(重症)地域連携診療計画書 患者氏名

____歳 男・女

佐世保市総合医療センター

認知症、うつ状態、失語症(軽度、中等度、高度)

回復期病院名

維持期施設名

病型:被殻、視床、皮質下、小脳、脳幹。 左右:左、右

キーパーソン:

基礎疾患その他:高血圧、高脂血症、糖尿病、喫煙歴、飲酒歴、虚血性心疾患、心房細動。 その他()

月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日
経過	入院日(第0病日)	第14病日	退院日(第 病日) <input type="checkbox"/> 自宅退院、 <input type="checkbox"/> 転院	入院日(第 病日)	退院日(第 病日) <input type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> 転院、 <input type="checkbox"/> 施設()	入院日(第 病日)	退院日(第 病日)、 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()
現在と目標 ステージ	入院時点() 入院時目標()	14日目時点() 14日目目標()	退院時リハステージ()	入院時目標()		入院時目標()	
重症度、ADL	入院時NIHSS()		退院時mRS(),BI()		退院時mRS(),BI()		退院時mRS(),BI()
食事	<input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 部分介助、 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃管、 <input type="checkbox"/> TPN 食事形態()	<input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 部分介助、 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃管、 <input type="checkbox"/> TPN 食事形態()	<input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 部分介助、 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃管、 <input type="checkbox"/> TPN 食事形態()	<input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 部分介助、 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃管、 <input type="checkbox"/> 胃瘻、 <input type="checkbox"/> TPN 食事形態()	<input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 部分介助、 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃管、 <input type="checkbox"/> 胃瘻、 <input type="checkbox"/> TPN 食事形態()	<input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 部分介助、 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃管、 <input type="checkbox"/> 胃瘻、 <input type="checkbox"/> TPN 食事形態()	<input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 部分介助、 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃管、 <input type="checkbox"/> 胃瘻、 <input type="checkbox"/> TPN 食事形態()
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ自立、 <input type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> ポータブル、 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル留置	<input type="checkbox"/> トイレ自立、 <input type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> ポータブル、 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル留置	<input type="checkbox"/> トイレ自立、 <input type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> ポータブル、 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル留置	<input type="checkbox"/> トイレ自立、 <input type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> ポータブル、 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル留置	<input type="checkbox"/> トイレ自立、 <input type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> ポータブル、 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル留置	<input type="checkbox"/> トイレ自立、 <input type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> ポータブル、 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル留置	<input type="checkbox"/> トイレ自立、 <input type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> ポータブル、 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル留置
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴、 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 介助必要	<input type="checkbox"/> 入浴、 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 介助必要	<input type="checkbox"/> 入浴、 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 介助必要	<input type="checkbox"/> 入浴、 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭、 <input type="checkbox"/> 介助必要	<input type="checkbox"/> 入浴、 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭、 <input type="checkbox"/> 介助必要	<input type="checkbox"/> 入浴、 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭、 <input type="checkbox"/> 介助必要	<input type="checkbox"/> 入浴、 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭、 <input type="checkbox"/> 介助必要
治療薬(点滴)	<input type="checkbox"/> マンニトール(使用期間: 日間)、 <input type="checkbox"/> グリセオール(使用期間: 日間)			<input type="checkbox"/> 降圧剤、その他重要薬剤()		<input type="checkbox"/> 降圧剤、その他重要薬剤()	
治療薬(内服薬)	()			()		()	
処置・リハ	<input type="checkbox"/> 開頭血腫除去、 <input type="checkbox"/> 定位的血腫除去、 <input type="checkbox"/> リハ開始日():PT、OP、ST(行ったリハに○)						
検査(CT, MRI, 血液など問題点)							
患者様及びご家族への説明・その他	特別な栄養管理の必要性(有、無)						
バリエーション	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	理由: <input type="checkbox"/> 1. 患者状態、 <input type="checkbox"/> 2. 患者家族、 <input type="checkbox"/> 3. 入院→転院依頼手続き <input type="checkbox"/> 4. 転院依頼→転院、 <input type="checkbox"/> 5. その他()		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	理由(左記項目より選択して下さい)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

佐世保市立総合病院
担当看護師

科 担当医:
MSW

PT OT ST

____病院 主治医:
担当看護師 MSW

PT OT ST

____病院 主治医:
担当看護師 MSW

PT

急性期退院時コメント(退院時日常生活機能評価 合計 点)

回復期退院時コメント(退院時日常生活機能評価 合計 点)

維持期退院時コメント(退院時日常生活機能評価 合計 点)

急性期病院から回復期病院への転院依頼コメント