

脳梗塞(軽症)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:脳塞栓、アテローム硬化性脳血管栓、ラクナ梗塞。 病変部位:大脳、脳幹、小脳。 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7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"/> 他()
現在と目標 リハステージ	入院時点() 入院時目標()	7日目時点() 7日目目標()	退院時リハステージ()	入院時時点() 入院時目標()	退院時リハステージ()	入院時時点() 入院時目標()	退院時リハステージ()
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"/> 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()	<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
点滴治療薬	<input type="checkbox"/> tPA、 <input type="checkbox"/> エダラポン、 <input type="checkbox"/> オザグレレ、 <input type="checkbox"/> アルガトロバン <input type="checkbox"/> ヘパリン			<input type="checkbox"/> アスピリン、 <input type="checkbox"/> ブラビックス、 <input type="checkbox"/> プレタール <input type="checkbox"/> ワーファリン		<input type="checkbox"/> アスピリン、 <input type="checkbox"/> ブラビックス、 <input type="checkbox"/> プレタール <input type="checkbox"/> ワーファリン	
内服 治療薬	<input type="checkbox"/> アスピリン、 <input type="checkbox"/> ブラビックス、 <input type="checkbox"/> プレタール、 <input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> 新規抗凝固薬() <input type="checkbox"/> 降圧剤その他の重要薬剤()			<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> 降圧剤その他の重要薬剤()		<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> 降圧剤その他の重要薬剤()	
処置・リハ	<input type="checkbox"/> リハ開始日() PT, OT, ST (行ったリハビリ項目に○を)						
各検査(結果 の問題点)	ワーファリン、もしくは新規抗凝固薬使用時(PT-INR: 、APTT 、CCr)						
患者・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

科 担当医:

担当看護師

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

急性期退院コメント(退院時日常生活機能評価 合計 点)

回復期退院コメント(退院時日常生活機能評価 合計 点)

維持期退院コメント(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