

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)		<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																																																									
	口腔	<input type="checkbox"/> 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)		<table border="1"> <tr> <th></th> <th>0点</th> <th>1点</th> <th>2点</th> </tr> <tr> <td>安静指示</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>手の挙上</td> <td><input type="checkbox"/>できる</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> <td></td> </tr> <tr> <td>寝返り</td> <td><input type="checkbox"/>できる</td> <td><input type="checkbox"/>捕まり可</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> </tr> <tr> <td>起き上がり</td> <td><input type="checkbox"/>できる</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> <td></td> </tr> <tr> <td>座位保持</td> <td><input type="checkbox"/>できる</td> <td><input type="checkbox"/>支え必要</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> </tr> <tr> <td>移乗</td> <td><input type="checkbox"/>できる</td> <td><input type="checkbox"/>一部介助</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> </tr> <tr> <td>移動方法</td> <td><input type="checkbox"/>介助不要</td> <td><input type="checkbox"/>介助移動</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔清潔</td> <td><input type="checkbox"/>できる</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> <td></td> </tr> <tr> <td>食事摂取</td> <td><input type="checkbox"/>介助なし</td> <td><input type="checkbox"/>一部介助</td> <td><input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>衣服の着脱</td> <td><input type="checkbox"/>介助なし</td> <td><input type="checkbox"/>一部介助</td> <td><input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>意思伝達</td> <td><input type="checkbox"/>できる</td> <td><input type="checkbox"/>時々可能</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> </tr> <tr> <td>指示理解</td> <td><input type="checkbox"/>はい</td> <td><input type="checkbox"/>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>危険行動</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td></td> </tr> </table>			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
	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																																																										
移動	屋内	屋外	合計点(/19点)																																																									
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 ロフストランド杖 四点杖	杖 ロフストランド杖 四点杖																																																										
段差	自立 手すり使用 介助	外出介助必要																																																										
注意事項/禁忌																																																												
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: