

大腿骨頸部骨折地域連携パス(兼 紹介状)

氏名・性別 テスト 001 様 (男)
 住所
 生年月日 平成21年02月01日 (1)歳

受傷日・受傷パターン H 年 月 日 : 立位・歩行時に転倒 段差の踏み外し いす・ベッドから転落 交通事故 寝ていて・体をひねって 不明 その他 ()
 受傷前状態 移動: ベッド上 車いす つかまり立ち つかまり歩行 歩行器 杖 独歩 排泄: 自立 介助 認知症: 無 有
 術式 骨接合術 (CHS 髄内釘 CCHS他 ()) 人工骨頭 (前方 / 後方 セメント / セメントレス) その他手術 ()

ステップ	手術準備	手術	術後急性期			転院・転棟		回復リハビリ期				退院・転所		維持期(退院後6か月時点)			
内容	入院日	手術日	XP①	XP②	XP③	転院説明	転院日	採血	XP①	XP②	退院説明	退院日	居住場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 () <input type="checkbox"/> 再入院 ()				
スケジュール	予定	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
	実際の日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
	特記事項																
	アウトカム	<input type="checkbox"/> 手術準備 (各院パス従う)			<input type="checkbox"/> 全身状態の安定(転院・転棟可能状態)			<input type="checkbox"/> 全身状態の安定(退院可能状態) <input type="checkbox"/> 家族調整				再骨折の発生 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 移動の目標(リハ計画書参照) <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成					
連携	内容	かかりつけ(前)医連絡 ()医	身障手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()級	介護保険申請の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更) 介護保険申請日() 意見書作成日() 訪問調査実施日()			連携先連絡	介護支援専門員事業所名	退院時カンファレンス	障害手帳 変更の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()級	介護認定 変更の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()級	介護支援専門員事業所名	かかりつけ医連絡	通所リハ事業所入所介護施設への情報提供書連絡用紙等	退院時カンファレンス	介護認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 介護保険サービス利用状況	<訪問系サービス <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護 <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴 <通所系サービス <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期集中リハ・運動器機能向. <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> 口腔機能向上 <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期集中リハ・運動器機能向. <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> 口腔機能向上 <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護・生活介護
	連携確認日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
治療経過に影響を及ぼす要因	既存疾患(受傷前に治療していた疾患)	治療中の疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Dr:) 疾患名:			退院時 引き続き治療の必要な疾患			骨粗鬆症の加療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Dr:) 治療中の疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Dr:) 疾患名:				退院時 骨粗鬆症の加療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Dr:) 治療中の疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Dr:) 引き続き治療の必要な疾患等 今後の受診の必要性		骨粗鬆症の加療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Dr:) 治療中の疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Dr:) 疾患名:			
	入院中 発見・発症 疾病 (受傷後治療を開始した疾患)	肺炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	尿路感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	その他 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 継続加療	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 継続加療	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 継続加療	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 継続加療	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 継続加療	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 継続加療	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 継続加療	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 継続加療	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 継続加療		
	入院中の経過	骨折型 <input type="checkbox"/> Evans 1-1, 1-2, 1-3, 1-4, 2, <input type="checkbox"/> Garden 1, 2, 3, 4, 別紙 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 主治医()							別紙 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 主治医()				かかりつけ医()				
日常生活状況	セルフケア	項目 評価日(/) 点			コメント			項目 評価日(/) 点			コメント			移動 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 独歩 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助) 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () 食事形態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他 () 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 () 清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 () ADL ADL自立度 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 精神状態 認知症状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M うつ状態 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 兆候あり <input type="checkbox"/> 症状あり 睡眠 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> その他 () 痛み <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	排泄コントロール	項目 評価日(/) 点			コメント			項目 評価日(/) 点			コメント						
	移乗	項目 評価日(/) 点			コメント			項目 評価日(/) 点			コメント						
	移動	項目 評価日(/) 点			コメント			項目 評価日(/) 点			コメント						
	コミュニケーション	項目 評価日(/) 点			コメント			項目 評価日(/) 点			コメント						
	社会的認知	項目 評価日(/) 点			コメント			項目 評価日(/) 点			コメント						
	合計点	/126			/126			/126			/126						
	看護・介護上問題点	看護師()															
担当施設名	担当施設名(松江赤十字病院) Tel: 24-2111			担当施設名() Tel: ()			担当施設名() Tel: ()			担当施設名() Tel: ()							
記載日・者	記載日 / MSW・NS()			記載日 / MSW・NS・ケアマネ()			記載日 / MSW・NS・ケアマネ()			記載日 / ケアマネ()							