

地域連携診療計画書 (医療者用)

松江赤十字病院 Ver 3.2 2023.4.5 改訂 (ID:)

氏名: _____ 性別: _____ 住所: _____ 生年月日: _____ ()	<診断> <input type="checkbox"/> 脳梗塞 (<input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓症 <input type="checkbox"/> 塞栓症) <input type="checkbox"/> 脳出血 (<input type="checkbox"/> 皮質下 <input type="checkbox"/> 被殻 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 小脳 <input type="checkbox"/> 脳幹) 出血量 ()ml <input type="checkbox"/> くも膜下出血 基礎疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高尿酸 <input type="checkbox"/> 心房細動	<治療> <input type="checkbox"/> 保存的加療 (<input type="checkbox"/> tPA <input type="checkbox"/> 抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法) <input type="checkbox"/> 手術 (<input type="checkbox"/> 穿頭 <input type="checkbox"/> 開頭 <input type="checkbox"/> 血管内 <input type="checkbox"/> その他) 手術日 (/ /) <input type="checkbox"/> シャント術 (/ /) 機種: () 圧: () 当院のフォロー予定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
---	--	--

経過	急性期			回復期					維持期		
	入院日 (/ /)	退院日 (/ /)		入院日 (/ /)	1	2	3	4	5	退院日 (/ /)	在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>
症状	発症日 (/ /)	FIM		退院時	退院時					評価日 (/ /)	回復期から退院の属する月又はその翌月(受診時)(H / /)
	<入院前> <input type="checkbox"/> mRS()	セル フ ケ ア	食 事								日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <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
	<入院時> (/ /) <input type="checkbox"/> mRS() <input type="checkbox"/> 意識障害 JCS() <input type="checkbox"/> 麻痺(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) U/E=(/ 5) L/E=(/ 5)		清 拭								
	<input type="checkbox"/> 失語症 (<input type="checkbox"/> 感覚性 <input type="checkbox"/> 運動性) <input type="checkbox"/> 小脳失調	更衣・上半身									介護保険 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)
	U/E=(/ 5) L/E=(/ 5)	更衣・下半身									食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器・押し車 <input type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上
	<input type="checkbox"/> 知覚障害 <input type="checkbox"/> 失語症 (<input type="checkbox"/> 感覚性 <input type="checkbox"/> 運動性) <input type="checkbox"/> 小脳失調	トイレ動作									
	<転院時> (/ /) <input type="checkbox"/> mRS() <input type="checkbox"/> 意識障害 JCS() <input type="checkbox"/> 麻痺(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) U/E=(/ 5) L/E=(/ 5)	排泄管理									
	<input type="checkbox"/> 知覚障害 <input type="checkbox"/> 失語症 (<input type="checkbox"/> 感覚性 <input type="checkbox"/> 運動性) <input type="checkbox"/> 小脳失調	排泄管理									
	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 排尿障害 * <input type="checkbox"/> 症状増悪 ()	ベッド・イス・車いす									
	日常生活機能評価	移動									
mRS	トイ レ										
急性期治療が終了し、病状が安定している	浴槽・シャワー										
発症後90日時点 (/ /) mRS	移動										
退院時mRS	歩行・車いす										
リハビリ	主な移動手段 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす										
開始日 <input type="checkbox"/> PT(/ /) <input type="checkbox"/> OT(/ /) <input type="checkbox"/> ST(/ /)	階段										
説明日 (/ /)	コミュニケーション										
<input type="checkbox"/> 軽症(1~2ヶ月) <input type="checkbox"/> 標準(2~3ヶ月) <input type="checkbox"/> 重症(3~5ヶ月)	社会的										
<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行(杖・歩行器等) <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上	記憶										
<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	合計点		0	/126					/126		
<input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級) <input type="checkbox"/> 申請中	日常生活機能評価			/19点					/19点		
<input type="checkbox"/> 介護保険 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)	mRS										
<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更)	急性期治療が終了し、病状が安定している										
<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	リハビリを行い在宅、施設退院の準備が整っている										
	開始日 <input type="checkbox"/> PT(/ /) <input type="checkbox"/> OT(/ /) <input type="checkbox"/> ST(/ /)										
	説明日 (/ /)										
	<input type="checkbox"/> 軽症(1~2ヶ月) <input type="checkbox"/> 標準(2~3ヶ月) <input type="checkbox"/> 重症(3~5ヶ月)										
	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行(杖・歩行器等) <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上										
	<input type="checkbox"/> 退院前ケアカンファレンス (/ /)										
	<退院先> ()										
	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 急性期病院への転院										
	転院理由 ()										
	<input type="checkbox"/> 鹿島病院 <input type="checkbox"/> 松江生協病院 <input type="checkbox"/> JCHO玉造病院										
	<input type="checkbox"/> 安来第一病院 <input type="checkbox"/> 錦海リハビリテーション病院 <input type="checkbox"/> 隠岐病院										
	Dr () Ns () PT ()										
	OT () ST () MSW ()										

mRS Grade 0: 全く症状なし Grade 1: 症状はあるが特に問題となる障害なし(通常の日常生活および活動は可能) Grade 2: 軽度の障害(以前の活動はできないが、介助なしに自分のことができる)
 Grade 3: 中等度の障害(何らかの介助を必要とするが介助なしに歩行可能) Grade 4: 比較的高度の障害(歩行や日常生活に介助が必要) Grade 5: 高度の障害(寝たきり、失禁、常に看護や注意が必要) Grade 6: 死亡
 FIM 7: 完全自立(時間、安全性も含めて) 6: 修正自立(補助具、工夫により出来る) 5: 監視 4: 最小介助(患者自身で75%以上) 3: 中等度介助(50%以上) 2: 最大介助(25%以上) 1: 全介助(24%以下)