

様 日赤ID

年齢

性別

転院日: /

主治医:

診断名: 受傷日: 病歴: 骨折分類: 入院日: 手術日: 手術名: 機種: リハビリ開始日: 静脈血栓症予防薬: 投与期間: ~ 投与しなかった理由:	〒0 住所: 0 電話番号: 0	既往症・合併症		アウトカム		患者・家族が望んでいる目標	
	キーパーソン: 住所: 電話番号: 緊急連絡先:	かかりつけ医		患者・家族が受けた説明		家族関係など、関わる上での注意点	
入院前環境・活動情報 <食事情報> <生活場所・家屋構造> ・生活場所 施設名: ・寝所 () ・トイレ () ・排泄状況 ・手すり 設置場所: <認知症> <歩行状態> ・自宅内歩行 ・杖等 () ・装具 () ・屋外歩行 ・杖等 () ・装具 () <介護認定> <要介護度> <介護サービス> ・訪問看護 ・訪問介護 ・訪問リハビリ ・通所サービス(DC・DS)	内容 起坐 <input type="checkbox"/> 寝返り 介助(/) 監視(/) 自立(/) <input type="checkbox"/> 起き上がり 介助(/) 監視(/) 自立(/) <input type="checkbox"/> 端坐位 介助(/) 監視(/) 自立(/)	車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子移乗 介助(/) 監視(/) 自立(/) <input type="checkbox"/> 車椅子自走 介助(/) 監視(/) 自立(/)	平行棒内歩行 <input type="checkbox"/> 平行棒内起立 介助(/) 監視(/) 自立(/) <input type="checkbox"/> 平行棒内立位保持 介助(/) 監視(/) 自立(/) <input type="checkbox"/> 平行棒内歩行 介助(/) 監視(/) 自立(/)	歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 介助(/) 監視(/) 自立(/)	杖歩行 <input type="checkbox"/> T字杖歩行 介助(/) 監視(/) 自立(/)	階段昇降 (手すり又は杖) <input type="checkbox"/> 階段昇降 介助(/) 監視(/) 自立(/)	屋外歩行 (杖、松葉杖、シルバーカーなど) <input type="checkbox"/> 屋外歩行 介助(/) 監視(/) 自立(/)
リハビリ経過 (シートカラム)	「旭川赤十字病院 転院時の状態」 /		「連携病院 退院(転院)時の状態」 /		退院後情報		
	・荷重の状態: ・疼痛: (部位: 、種類:) ・リハビリ意欲: ・認知症:HDS-R / 30 点、不穩: ★ADL状態<基本動作> FIMシートに記載 <移動状況> ・病棟内 () ・リハビリ室 () ・可動域:股関節屈曲 度、伸展 度、外転 度 ・筋力:中殿筋、大腿四頭筋 ★退院時処方・服薬状況 薬剤情報連絡表に記載(No.2に表示)		・荷重の状態: ・疼痛: (部位: 、種類:) ・リハビリ意欲: ・認知症:HDS-R / 30、不穩: ・問題行動: 内容() ★ADL状態<基本動作> FIMシートに記載 <移動状況> ・病棟内 () ・リハビリ室 () ・可動域:股関節屈曲 度、伸展 度、外転 度 ・筋力:中殿筋、大腿四頭筋 ・コメント		<生活場所> <input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 暮らし) <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> 病院() <介護認定> <要介護度> <介護サービス> ・訪問看護 ・訪問介護 ・訪問リハビリ ・通所サービス(DC・DS) ★福祉用具 ★自宅改修箇所		

様 日赤ID

《旭川赤十字病院 記入欄》

《連携病院 記入欄》

看護師よりコメント(注意事項など)		病棟:	担当:	連携病院 コメント
<食事情報> ・摂取方法 ・食 事 ・食事形態 ・食事補足:	<最終排便日> () <NST介入の有無> 無	<問題行動> ・内 容:		
理学療法士 よりコメント(注意事項など)		担当:		
整形外科医師よりコメント		主治医:		
MSWよりコメント		担当:		
フリーコメント				
		<<退院時処方>>	【副作用歴】	
			【薬剤管理】	
			(服薬状況)	
			【その他】	

大腿骨頸部骨折地域連携パスシート(2)

* 黄色の欄に入力してください。それ以外は自動入力されます。

連携先病院名

[Yellow box for hospital name]

患者名

日赤ID

連携先病院ID

[Yellow box for patient name]

[Yellow box for hospital ID]

連携先病院からの退院先	[Yellow box]
自宅退院以外の場合の施設名	[Yellow box]
退院後のfollow up医療機関	[Yellow box]

		旭川日赤からの転院時	連携先病院入院時	受傷1ヶ月目	受傷2ヶ月目	受傷3ヶ月目	受傷4ヶ月目	受傷5ヶ月目	連携先病院退院(転院)時
評価日		/	/	/	/	/	/	/	/
FIM									
セルフケア	・食事 (箸・スプーン)								
	・整容								
	・入浴								
	・更衣(上半身)								
	・更衣(下半身)								
	・トイレ動作								
排泄管理	・排尿								
	・排便								
移乗	・ベッド、椅子、車椅子								
	・トイレ								
	・浴槽・シャワー								
	(浴槽・シャワー)								
移動	・歩行、車椅子								
	(歩行・車椅子)								
	・階段								
コミュニケーション	・理解 (聴覚・視覚)								
	・表出 (音声・非音声)								
社会的認知	・社会的交流								
	・問題解決								
	・記憶								
合計点数(自動計算)		0	0	0	0	0	0	0	0

日常生活機能評価表	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	/
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	/
寝返り	できる	何かにつかまれば出来る	できない
起き上がり	できる	できない	/
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	要介助(搬送を含む)	/
口腔清潔	できる	できない	/
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	出来る時と出来ない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
危険行動	ない	ある	/
合計			

旭川赤十字病院地域連携様式第4号