

# 入院診療計画表 【患者用】 ～脳卒中クリニカルパス～

患者氏名：

説明者：

入院日： 年 月 日  
 説明日： 年 月 日

経過	入院日～2週間	～1ヶ月	～退院1ヶ月前	退院時	
部門	医師	入院時診療・検査を行います 患者や家族の意向を伺い、今後の治療方針やリハビリ計画を立てます 	回診・診療等による医学的な管理を行います 治療計画の修正を行います 患者やご家族の意向確認と治療計画説明を行います 補装具の検討を行います 		退院後の医学的管理指導等について説明します
	病棟(看護師)	入院生活に関する説明を行います 情報確認をさせて頂き、作成した看護計画を元にケアを行います 	入院中の健康管理を行います 看護計画の評価を行いケアを見直します 		退院後の生活・ 外来受診の説明をします
	リハビリ	身体状況、高次脳機能、日常生活動作等を評価を行います リハビリ計画に基づきリハビリを実施します	病棟とリハビリ等で連携を図りながら生活活動を援助します 	外出外泊を計画します 	訪問・通所サービス機関・ 施設へ情報提供します
	医療相談員	各種制度の紹介を行います 患者や介助者についての情報収集を行います 患者やご家族の今後の生活に関する意向を確認します 患者やご家族からの、入院生活に関する相談に応じます 	専門的リハビリテーションを実施します 定期的に再評価し計画を修正します 必要に応じてご家族への介助法の指導や、家屋評価を実施します 	外出・外泊の調整を行います 利用可能なサービスや制度の申請を行います ケアマネージャーを紹介します 	ケアマネージャーや 在宅サービス機関・ 施設へ情報を提供します
	栄養士	栄養管理を行います 		必要に応じて栄養指導を行います	退院後の栄養管理・指導をします
	薬剤師	薬剤管理を行います 		必要に応じて服薬指導を行います	退院後の薬剤管理・指導をします
	カンファレンス	初期カンファレンス	定期カンファレンス	退院前カンファレンス	

目 標	● 脳卒中の症状悪化を予防する ● 合併症を予防し、残存筋力の低下、関節の拘縮を予防する	退院・ 転院 基準	病状の安定を条件として		
			自宅への退院基準	施設入所への基準	転院基準
		・外来での通院が可能 ・セルフケアが自立、または家族介護により在宅生活が可能	・セルフケアに介護を要するが、 家族による介護が困難	・継続した医療が必要	

主治医氏名：

病棟担当者氏名：

リハビリ責任者氏名：

相談担当者氏名：

# 入院診療計画表 【病院用】 ～脳卒中クリニカルパス～

〈ID〉 \_\_\_\_\_ 〈患者氏名〉 \_\_\_\_\_ 〈疾患名〉 \_\_\_\_\_ 〈発症日〉 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

経過	入院日～2週間	～1ヶ月	～退院1ヶ月前	退院時
退院目標	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 ( )	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 ( )	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 ( )	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 ( )
カンファ	初期 ( 月 日)	定期 ( 月 日)	退院前 ( 月 日)	
医師	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査計画 <input type="checkbox"/> リハビリ処方 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 安静度指示 <input type="checkbox"/> 治療計画説明 <input type="checkbox"/> 合併症治療指示 <input type="checkbox"/> 予後予測 <input type="checkbox"/> 患者・家族の意向確認 <input type="checkbox"/> 介護保険認定指示	<input type="checkbox"/> 医学的管理 <input type="checkbox"/> 定期検査指示 <input type="checkbox"/> 予後予測の修正 <input type="checkbox"/> 補装具等の検討 <input type="checkbox"/> 患者・家族への説明	<input type="checkbox"/> 医学的管理 <input type="checkbox"/> 定期検査指示 <input type="checkbox"/> 介護保険意見書作成 <input type="checkbox"/> 身体障害者診断書作成 <input type="checkbox"/> 患者・家族への説明	<input type="checkbox"/> 退院時医学的管理指導 <input type="checkbox"/> 定期検査指示 <input type="checkbox"/> 情報提供書作成
看護師	<input type="checkbox"/> 情報確認 <input type="checkbox"/> オリエンテーション <input type="checkbox"/> 入院時評価 <input type="checkbox"/> 看護計画作成 <input type="checkbox"/> 日課表作成	<input type="checkbox"/> オリエンテーション <input type="checkbox"/> 看護計画の評価・修正 <input type="checkbox"/> 生活支援 <input type="checkbox"/> 病棟訓練	<input type="checkbox"/> 看護計画の評価・修正 <input type="checkbox"/> 外出・外泊の支援 <input type="checkbox"/> 生活支援 <input type="checkbox"/> 病棟訓練	<input type="checkbox"/> 退院後の健康管理指導 <input type="checkbox"/> 看護サマリーの作成
リハビリ	<input type="checkbox"/> 初期評価 (身体・運動・高次脳機能・ADL能力等) <input type="checkbox"/> 初期評価(言語・嚥下機能等) <input type="checkbox"/> リハビリ計画作成 <input type="checkbox"/> リハビリ訓練開始	<input type="checkbox"/> 再評価 (身体・運動・高次脳機能・ADL能力等) <input type="checkbox"/> 再評価(言語・嚥下機能等) <input type="checkbox"/> 補装具等の検討 <input type="checkbox"/> リハビリ訓練	<input type="checkbox"/> 再評価 (身体・運動・高次脳機能・ADL能力等) <input type="checkbox"/> 再評価(言語・嚥下機能等) <input type="checkbox"/> 補装具等の検討 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 家屋評価 <input type="checkbox"/> リハビリ訓練	<input type="checkbox"/> 退院時評価 (身体・運動・高次脳機能・ADL能力等) <input type="checkbox"/> 退院時評価(言語・嚥下機能等) <input type="checkbox"/> 退院時リハビリ指導 <input type="checkbox"/> 情報提供書作成
医療相談員	<input type="checkbox"/> 初期面談 <input type="checkbox"/> 情報収集 <input type="checkbox"/> 介護保険制度の説明	<input type="checkbox"/> 方向性の確認 <input type="checkbox"/> 介護保険認定申請の説明	<input type="checkbox"/> 退院計画確認 <input type="checkbox"/> 方向性の決定 <input type="checkbox"/> 介護認定確認 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳申請 <input type="checkbox"/> 住宅改修・福祉用具の調整	<input type="checkbox"/> 退院調整 (外部関係機関・施設への連絡) <input type="checkbox"/> 面接記録を作成
日常生活機能評価	/20点	/20点	/20点	/20点

退院・転院基準	病状の安定を条件として			退院時情報
	<b>自宅への退院基準</b> ・外来での通院が可能 ・セルフケアが自立、または家族介護により在宅生活が可能	<b>施設入所への基準</b> ・セルフケアに介護を要するが、家族による介護が困難	<b>転院基準</b> ・継続した医療が必要	病院名 北彩都病院 主治医 _____ _____ 年 _____ 月 _____ 日