

# 入院から退院までのおおまかな経過について（脳卒中地域連携パス用）

カルテ添付用

I D \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 入院日 \_\_\_\_\_

経過	入院日 ~ 1ヶ月 から 4ヶ月程度		~ 退院	
	一般病棟	または 回復期病棟	自宅へ	他病院・施設
医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>診察を行い、身体状況をチェックします</li> <li>病状等を評価し今後の予後予想について説明をします</li> <li>リハビリの計画を立て訓練を開始します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>回診は適宜行います</li> <li>必要であれば装具の申請を行います</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の療養管理指導をします</li> <li>外来通院して投薬・定期の検査を行います</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>継ぎ目のない医療が継続できるように情報提供をします</li> </ul>
チーム医療 看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院生活に関する説明を行います</li> <li>情報収集をさせて頂き、作成した作成した看護計画をもとにケアを行います                             <ul style="list-style-type: none"> <li>体調管理</li> <li>日常生活動作の向上</li> <li>リハビリ、外出・外泊、退院先の生活環境等多職種での調整</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネジャー・支援スタッフへの情報提供をします</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護スタッフへの情報提供をします</li> </ul>
リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリ担当者が身体の状態を評価しその人に合ったリハビリメニュー（例：立ち上がりや歩行練習）を作成します</li> <li>定期的に身体の状態を評価し、生活スタイルにあったリハビリテーションを提供します                             <ul style="list-style-type: none"> <li>自宅へ訪問し、手すり設置や段差解消などのアドバイスを行います(必要時応じて)</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の注意点について指導します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリスタッフへの情報提供をします</li> </ul>
相談室	<ul style="list-style-type: none"> <li>「入院から退院までのおおまかな経過について」説明します</li> <li>家族情報、入院前生活歴などの情報収集を行います                             <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険・身体障害者手帳の確認をします</li> <li>退院後の生活場所について伺います</li> <li>介護保険制度と申請方法について説明をします</li> <li>必要に応じ介護保険の申請をします</li> </ul> </li> <li>住宅改修など踏まえ、家屋訪問の提案をします</li> <li>施設入所・転院について説明をします</li> <li>介護認定について確認します</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>退院の調整をします                             <ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネジャーの紹介</li> <li>在宅サービスの調整</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>他病院・施設への情報提供、長期療養の調整をします</li> </ul>

退院の目安	自宅退院	1、疾病による後遺症が十分に回復し、病前環境での生活が可能 2、疾病による後遺症が回復し、家族介護や介護保険サービス等を利用し、自宅での日常生活が可能 3、その他
	施設退院	1、疾病の後遺症により、家族介護や介護保険サービスを利用しても、自宅での日常生活が困難 2、その他
	転院基準	1、疾病の後遺症により、継続した入院での医学的管理が必要と判断される場合 2、その他

年 月 日 説明者 医療福祉相談室

以上の診療計画について説明を受け、同意致します。

患者署名 または 代理人署名 \_\_\_\_\_ 代理の場合（続柄 \_\_\_\_\_）

豊岡中央病院

# 入院から退院までのおおまかな経過について（脳卒中地域連携パス用）

患者交付用

I D \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 入院日 \_\_\_\_\_

経過	入院日 ~ 1ヶ月 から 4ヶ月程度		~ 退院	
	一般病棟	または 回復期病棟	自宅へ	他病院・施設
医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>診察を行い、身体状況をチェックします</li> <li>病状等を評価し今後の予後予想について説明をします</li> <li>リハビリの計画を立て訓練を開始します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>回診は適宜行います</li> <li>必要であれば装具の申請を行います</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の療養管理指導をします</li> <li>外来通院して投薬・定期の検査を行います</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>継ぎ目のない医療が継続できるように情報提供をします</li> </ul>
チーム医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院生活に関する説明を行います</li> <li>情報収集をさせて頂き、作成した作成した看護計画をもとにケアを行います                             <ul style="list-style-type: none"> <li>体調管理</li> <li>日常生活動作の向上</li> <li>リハビリ、外出・外泊、退院先の生活環境等多職種での調整</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネジャー・支援スタッフへの情報提供をします</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護スタッフへの情報提供をします</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリ担当者が身体の状態を評価しその人に合ったリハビリメニュー（例：立ち上がりや歩行練習）を作成します</li> <li>定期的に身体の状態を評価し、生活スタイルにあったリハビリテーションを提供します                             <ul style="list-style-type: none"> <li>自宅へ訪問し、手すり設置や段差解消などのアドバイスを行います(必要時応じて)</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の注意点について指導します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリスタッフへの情報提供をします</li> </ul>
相談室	<ul style="list-style-type: none"> <li>「入院から退院までのおおまかな経過について」説明します</li> <li>家族情報、入院前生活歴などの情報収集を行います                             <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険・身体障害者手帳の確認をします</li> <li>退院後の生活場所について伺います</li> <li>介護保険制度と申請方法について説明をします</li> <li>必要に応じ介護保険の申請をします</li> </ul> </li> <li>住宅改修など踏まえ、家屋訪問の提案をします</li> <li>施設入所・転院について説明をします</li> <li>介護認定について確認します</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>退院の調整をします                             <ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネジャーの紹介</li> <li>在宅サービスの調整</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>他病院・施設への情報提供、長期療養の調整をします</li> </ul>

退院の目安	自宅退院	1、疾病による後遺症が十分に回復し、病前環境での生活が可能 2、疾病による後遺症が回復し、家族介護や介護保険サービス等を利用し、自宅での日常生活が可能 3、その他
	施設退院	1、疾病の後遺症により、家族介護や介護保険サービスを利用しても、自宅での日常生活が困難 2、その他
	転院基準	1、疾病の後遺症により、継続した入院での医学的管理が必要と判断される場合 2、その他

年 月 日 説明者 医療福祉相談室