

旭川脳神経外科循環器内科病院

地域連携診療計画書

患者氏名: _____ 様 発症日: _____ 年 月 日 入院日: _____ 年 月 日

経過	入院日～2週間目	1ヶ月目	1ヶ月以上～5ヶ月未満	退院1ヶ月前
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)	後期(月 日)	退院前(月 日)
医師 ()	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査計画 <input type="checkbox"/> リハ処方 <input type="checkbox"/> 食事指示 <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"/> 患者・家族の意向確認	<input type="checkbox"/> 医学的管理 <input type="checkbox"/> 定期検査指示 <input type="checkbox"/> 予後予測 <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"/> 予後予測の修正 <input type="checkbox"/> 介護保険意見書作成 <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"/> 退院後の病状管理指導 <input type="checkbox"/> 身体障害者診断書の作成 <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"/> 看護計画 <input type="checkbox"/> 看護計画再検討 <input type="checkbox"/> 生活支援	<input type="checkbox"/> 看護評価 <input type="checkbox"/> 看護計画再検討 <input type="checkbox"/> 外出・外泊の調節 <input type="checkbox"/> 生活支援	<input type="checkbox"/> 看護評価 <input type="checkbox"/> 看護計画再検討 <input type="checkbox"/> 退院後の健康管理指導 <input type="checkbox"/> 生活支援 <input type="checkbox"/> 看護サマリーの作成
リハビリ PT() OT() ST()	<input type="checkbox"/> 初期評価(身体・運動機能など) <input type="checkbox"/> 初期評価(高次脳機能・ADL能力など) <input type="checkbox"/> 初期評価(言語, 嚥下機能など) <input type="checkbox"/> リハビリ訓練	<input type="checkbox"/> 再評価(身体・運動機能など) <input type="checkbox"/> 再評価(高次脳機能・ADL能力など) <input type="checkbox"/> 再評価(言語, 嚥下機能など) <input type="checkbox"/> 補装具などの検討 <input type="checkbox"/> リハビリ訓練	<input type="checkbox"/> 再評価(身体・運動機能など) <input type="checkbox"/> 再評価(高次脳機能・ADL能力など) <input type="checkbox"/> 再評価(言語, 嚥下機能など) <input type="checkbox"/> 補装具などの検討 <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・運動機能など) <input type="checkbox"/> 退院時(高次脳機能・ADL能力など) <input type="checkbox"/> 退院時(言語, 嚥下機能など) <input type="checkbox"/> 退院時リハ指導 <input type="checkbox"/> リハビリ訓練
相談員 ()	<input type="checkbox"/> 初回面談 <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"/> 在宅改修・福祉用具の調整 <input type="checkbox"/> 退院調整 <input type="checkbox"/> ケースノート作成
日常生活機能評価	/20点			/20点

退院基準			退院時情報	
I:【自宅退院基準】 ・外来で通院が可能 ・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	II:【施設入所基準】 ・セルフケアに介護を要するが家族による介護が困難	III:【転院基準】 ・継続した医療が必要	病院名 主治医 令和	旭川脳神経外科循環器内科病院 年 月 日

入院から退院までのおおまかな経過について(旭川脳神経外科循環器内科病院 入院診療計画表)

説明日: 年 月 日 説明者: _____

本人様(家族様)サイン: _____

経過	～2週間	～1ヶ月	1～5ヶ月	退院1ヶ月前
医師	<ul style="list-style-type: none"> 診察や検査を行うほか、治療計画やリハビリ計画を立て、患者様の移行を確認します。 また一般病棟から回復期リハビリテーション病棟への移動も検討します。 	<ul style="list-style-type: none"> 医学的な管理のほか補装具の検討を行います。また病状や予後の予測修正などを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 医学的な管理を行います。 補装具の検討を行います。 病状や予後の予測修正などを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の病状管理指導を行います。 
看護師	<ul style="list-style-type: none"> 情報確認を行い、医師の指示の下で病状管理を行います。全身状態の管理とともに最適なケアを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 病状管理を行い看護計画を再検討します。 病棟での日常生活動作向上のための援助を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 病状管理、看護計画を再検討のほか外出、外泊の調整を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の健康管理について説明します。
リハビリ PT() OT() ST()	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ各部門の担当者が患者様の状態を評価し患者様の状態に合わせてリハビリを実施します。 例)理学療法士→寝返りや座る練習、歩く練習等 作業療法士→実際の生活に即した動作や手指の細かな運動 言語聴覚士→言葉や食べるためのリハビリ 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ訓練や補装具、車椅子、自助具の検討などを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ訓練、外泊、外出の指導を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活を踏まえた訓練、生活指導を行います。また必要に応じて家屋調査や住宅改修のアドバイスを行います。 
相談員 MSW ()	<ul style="list-style-type: none"> 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"> 退院後の生活の場所を伺います。 介護保険サービスの説明と申請方法について説明します。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅における介護サービスの説明を行います。 退院後の計画について確認します。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護認定、身体障害者手帳申請の調整をし退院の調整をします。(転院、施設入所など)
カンファレ		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	◎脳梗塞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	病状安定を条件として		
			I:【自宅退院基準】	II:【施設入所基準】	III:【転院基準】
			<ul style="list-style-type: none"> 外来で通院が可能 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。 	<ul style="list-style-type: none"> セルフケアに介護を要するが家族による介護が困難 	<ul style="list-style-type: none"> 継続した医療が必要 