

地域連携診療計画書（患者用）

患者様氏名： _____ 説明日： _____ 説明者： _____ 本人・ご家族様サイン： _____

主治医 _____ 担当看護師 _____ 担当リハビリ技士 _____ 担当相談員 _____

最終達成目標 入院前までのADLを基に最終達成目標を設定します。

達成目標 車椅子 杖歩行 歩行器歩行 屋外歩行 起立動作
起居動作 階段昇降 入浴動作 トイレ動作 更衣動作
整容動作

	入院日（ 月 日）	1ヶ月～2ヶ月	3ヶ月～退院まで	退院
医師	入院時診療・検査を行います。今後の治療計画や、リハビリ計画を立てます。	医学的管理を行います。患者・家族への今後の方針・意向確認を行います。	退院へ向けた本人・家族への管理指道、退院前家庭訪問・福祉器具導入など、自宅退院へ向けた調整を行います。	退院後の全身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。作成した看護計画を基に創部処置、日常生活の介護を行います。	健康管理・日常生活介護・看護計画の見直しを行います。他院受診時の手続きを行います。		退院後のケアについて説明します。
リハビリ	身体状況・日常生活動作を評価し、リハビリ計画に基づいた訓練プログラムを作成します。	目標に沿って定期的評価・身体機能の向上に努めます。		自主運動プログラム・日常生活動作を指導します。
医療相談員	患者やご家族からの入院生活の相談・今後の生活に関する意向を確認します。		今後必要な福祉サービス等の調整・相談を行います。	在宅サービス機関や施設へ情報提供します。
薬剤管理	週1回薬剤師が訪問し、薬の説明を行います。			薬の服用方法を説明します。
食事管理	管理栄養士が訪問し、栄養管理計画を作成します。		必要に応じて栄養相談を行います。	
活動状況	清潔	状態に応じて、シャワーや清拭を行います。	動作の確立とともに浴槽へ入ります。	安全な方法を考え、指導します。
	排泄	状況によってポータブルトイレ・尿器を使用します。	徐々にトイレ使用をすすめていきます。	
	移動	車椅子を中心に移動します。	歩行状況にあわせて杖や歩行器を使用します。	
	安静度	体調不良・創部の痛みなど、特別なことがなければ日中はベッドから離れて過します。		