

図3a 愛媛脳卒中地域連携パス(急性期)

氏名:

スケジュール	内容	入院日	手術	CT・MRI	転院説明	転院日
	予定日	 	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 /	/	/	/
	実際の日	/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 /	/	/	/
退院基準	<input type="checkbox"/> 脳血流の安定(各院パスに従う) <input type="checkbox"/> 転院・退院に対しての心構えができる		<input type="checkbox"/> 全身状態の安定(転院・転棟可能状態)			
連携	内容	身障手帳 申請中・変更 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()級	介護認定 申請中・変更 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 介護度() 有効期限()	退院後の生活の場 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 在宅 施設名() 住宅改修の必要性 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	連絡先連絡 ケアマネ名 ()	退院時カンファレンス
	連携確認日	/	/	/	/	/
治療経過に影響を及ぼす要因	治療状況	退院時加療が必要な疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他()		内服薬 <input type="checkbox"/> プレタール <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ワーファリン(PT-INR 検査日: / 数値:) <input type="checkbox"/> 他		
	合併症	褥創 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 肺炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 継続加療 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 継続加療		
	必要な医療処置	尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(サイズ) 最終交換日(/) 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(サイズ) 最終交換日(/) 経管栄養カテーテル(PEG・その他:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(サイズ 種類)最終交換日(/)				
	入院中の経過	別紙 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 主治医()				
日常生活状況	移動形態 食事 食事形態 治療食 経管栄養 排泄 清潔 認知症状態 うつ状態 精神状態 睡眠 痛み 生活リズム 意欲 危険等に関する認知の問題	退院時における変化・引継ぎ事項 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器・押し車 <input type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助() <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 高血圧(塩分 g) <input type="checkbox"/> 糖尿病(cal) <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 (流動食種類 量 ml x 回/日、白湯 ml x 回/日) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 排便調整必要 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 浴槽() <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M (長谷川式 点) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 兆候あり <input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 夜間譫妄 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 臥床傾向 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
	看護・介護上問題点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 別紙 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 看護師()				
担当	担当施設名() TEL: -					
	記載日 / NS() MSW()					