

図4a 愛媛脳卒中地域連携パス(回復期)

氏名:

スケジュール	内容	入院日	検査	家庭訪問	外泊	退院日		
	予定	—						
	実際の日	/	/	/	/	/		
	退院基準	<input type="checkbox"/> ADLに応じたリハビリができる <input type="checkbox"/> 転院や退院に対しての心構えができる <input type="checkbox"/> 家族調整						
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( )	ケアマネ 連絡 <input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 ケアマネ名 ( )	住宅改修 必要性 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 準備 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	転院先・ かかりつけ医 連絡 ( )	通所リハ事業所 入所介護施設 ( )への 情報提供書 連絡用紙等	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	<b>退院時加療が必要な疾患</b> <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		<b>内服薬</b> <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 ( ) <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 継続加療 肺炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <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( )						
		<b>退院時における変化・引継ぎ事項</b> <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 <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( )						
日常生活状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 別紙 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 看護師( )							
	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( )							