

大腿骨頸部骨折 板橋地域連携パス

回復期医療機関・施設名 ()

FAX 番号 ()

氏名・性別	様 男性・女性		
生年月日	M・T・S	年	月 日
住所			
連絡先			

ステップ	回復リハビリ期				退院・転所			
スケジュール	内容	採血	XP①	XP②	退院説明	退院日		
	予定日	/	/	/	/	/		
	実際の日	/	/	/	/	/		
アウトカム	<input type="checkbox"/> 全身状態の安定(退院可能状態) <input type="checkbox"/> 注意事項 <input type="checkbox"/> 家族調整							
連携	内容	身障手帳 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()級	介護認定 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 介護度 ()	かかりつけ医連絡 医師名 ()	ケアマネ連絡 ケアマネ名 ()	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	既存疾病 (受傷前に治療していた疾患)	骨粗鬆症の加療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Dr:) 治療中の疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Dr:) 疾患名: 高血圧症 脂質異常症 糖尿病 虚血性心疾患 不整脈 脳梗塞 気管支喘息 認知症 その他				退院時 骨粗鬆症の加療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬剤名() 引き続き治療の必要な疾患等		
	入院中 発見・発症 疾病 (受傷後治療を開始した疾患)	肺炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () その他 <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 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 継続加療 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 継続加療 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 継続加療		
	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	退院時における変化・引継ぎ事項 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 独歩						
	食事形態	<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"/> その他 ()						
看護・介護上問題点	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ()						
	清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ()						
看護・介護上問題点	ADL	ADL自立度 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 日常生活機能評価 (/ 19)						
	精神状態	認知症状態 <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 うつ状態 <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"/> 危険行動						
看護・介護上問題点	睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	痛み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
看護・介護上問題点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					パルーン・尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 看護師()		
担当施設名	担当施設名 () Tel: -							
記載日・者	記載日 / 記載者 ()							

回復期病院入院時	回復期病院退院時
----------	----------

* 以上の内容を理解し、同意します。 患者署名 _____ 代理