

大腿骨頸部骨折 板橋地域連携パス

急性期医療機関名 ()
FAX 番号 ()

受傷日・受傷パターン	H 年 月 日: <input type="checkbox"/> 立位・歩行時に転倒 <input type="checkbox"/> 段差の踏み外し <input type="checkbox"/> いす・ベッドから転落 <input type="checkbox"/> 転落・交通事故 <input type="checkbox"/> 寝ていて・体をひねって <input type="checkbox"/> 記憶なし・不明
受傷前状態	移動: <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 栄養: <input type="checkbox"/> 問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 排泄: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助
部位・術式	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左: <input type="checkbox"/> 内側 <input type="checkbox"/> 転子部 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 骨接合術(CHS・ガンマ・PFN・ハンソン・エンダー・他()) <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> その他手術() <input type="checkbox"/> 手術なし

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	手術準備	手術	術後急性期			転院・転棟	
内容	入院日	手術日	採血	XP①	XP②	転院説明	転院日
スケジュール	予定日	/	/	/	/	/	/
	実際の日	/	/	/	/	/	/
アウトカム	<input type="checkbox"/> 手術準備(各院パス従う)		<input type="checkbox"/> 全身状態の安定(転院・転棟可能状態) <input type="checkbox"/> 注意事項など				

連携	内容	かかりつけ医連絡 医師名()	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	連携先連絡 施設名()	ケアマネ連絡 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	既存疾病(受傷前に治療していた疾患)	入院前の骨粗鬆症の加療 <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 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
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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助()
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他()
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助()
	清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助()
	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
	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 バルーン・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()	

急性期病院手術前 急性期病院退院時まで

* 以上の内容を理解し、同意します。 患者署名 _____ 代理