

# 地域連携診療計画書

東播磨脳卒中地域医療連携協議会 様式2

氏名 \_\_\_\_\_ 様

I D \_\_\_\_\_

病名  
急性期病院 ( \_\_\_\_\_ 病院)

計画書作成日 20 年 月 日

回復期・維持期医療機関

経過日時	入院初期	入院中	転院に向けて	転院初期(回復期リハビリ)	入院中(回復期リハビリ)	退院に向けて(回復期リハビリ)	退院日	
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>血液検査</li> <li>尿検査</li> <li>レントゲン</li> <li>心電図</li> </ul>	血液検査 	血液検査 MRI 	体温、脈拍、血圧、一般状態を観ていきます。 				→
	MRA、MRI、エコー、CT	脳血管造影(必要があればご説明致します)	転院時に必要な検査を受けていただきます。(採血、心電図、レントゲン)				病状の変化により、その都度必要な検査を受けていただくことがあります。	
薬剤	点滴を行います  常用している薬がありましたらお知らせ下さい	内服薬が始まります  	薬剤師が薬の説明をします	内服治療を継続していきます。  持参された薬は内容確認のため看護師に預けて下さい。薬の管理は看護師が行います。			薬の内容は症状に合わせて変更される場合があります。  状況により薬を徐々にご自分で管理していただきます。	
	症状に応じてリハビリテーションを開始します			転院の翌日ごろよりリハビリ開始です。できるだけ自分で行う生活につなげていくために訓練していきます。			今後の生活に向けて目標を決定します。この頃に外出、外泊訓練を必要に応じて行います。必要であれば自宅訪問などを行います。	
リハビリ	基本動作(起き上がる、立つ、歩くなど:主に理学療法)、日常生活動作(食べる・着替える・お風呂に入るなど:主に作業療法)、コミュニケーション(話す・聞く・書くなど:主に言語聴覚療法)や摂食機能など(飲み込むことなど:主に看護、言語聴覚療法)について評価および訓練を行います。							
安静	ベッド上安静ですが、できるかたは車椅子でトイレまで行けます  		ベッド上で座る→車椅子で移動→歩く 病状により活動範囲や日にちは個人差があります。段階的に活動度をあげていきましょう。					
食事	普通食 治療食( ) または経管栄養です。  		管理栄養士が栄養指導をします(治療食時のみ)		食事の様子を確認し、内容を検討します。必要に応じ、食器・スプーンを工夫します。			
清潔	タオルで体を拭きます。  		タオルで身体を拭きます。できる方はシャワー浴をします。		部分的に手伝いながら行います。道具や方法を工夫し、徐々に一人で入浴、整容ができるように練習します。			在宅で可能な方法を選択し、出来る限りの自立を目指します。自立困難な場合は介助量を軽くするような方法を工夫し、練習します。  出来るようになった動作を確認し、ご家族への介護指導を行います。
排泄	オムツ、バルンカテーテル、ポータブルトイレを使用 または車椅子で病棟トイレを使用  		状態に応じた排泄方法を指導します。排泄の自立に向けて練習します。					
説明	・病気、入院治療計画について、担当医師が説明をします。 ・入院生活について、看護師が説明をします。		・検査結果、病状、退院、転院について、担当医師が説明をします。 ・転院の手続きを行います。		転院後、定期的に主治医、病棟医、看護師、担当療法士、ソーシャルワーカーがリハビリの進行状況を確認し、相談します。必要時主治医より、本人、ご家族にお話をさせていただきます。			
	・退院後の生活について看護師が説明をします。		ソーシャルワーカーが継続的にご相談させていただきます。介護保険のほか、各種制度の利用を説明します。		退院に向けての問題点や課題を整理します。ケアマネジャーの選定や在宅サービスの利用を検討します。			退院に向けた最終的な調整を行います。  

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2 入院期間については現時点で予想されるものです。

注3 別途、栄養管理計画を立案し実施致します。

主治医 \_\_\_\_\_ 看護師 \_\_\_\_\_

ご質問があれば主治医、看護師にお気軽にお問い合わせください。

[同意書] 私は、地域連携診療計画について、説明を受け、これに同意します。  
 年 月 日 患者名 \_\_\_\_\_ 署名者 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )