

脳卒中地域連携診療計画書

氏名	殿	年齢	病名	発症日	説明日
----	---	----	----	-----	-----

分類	急性期病院	回復期病院	維持期施設
施設名		連携する医療機関	療養施設・介護施設・かかりつけ医など
期間	発症から5週目まで	転院から6ヶ月後まで	発症から約6ヶ月目以降
看護目標	病状を安定させます	日常生活動作の向上を目指します	再発防止を行います
治療・リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 脳の状態を調べます <input type="checkbox"/> 点滴治療を開始します <input type="checkbox"/> 危険因子の評価を行います (タバコ・血圧・糖・脂質・心臓) <input type="checkbox"/> 再発予防の食事・薬を開始します <input type="checkbox"/> リハビリテーションを開始します <input type="checkbox"/> 病状に応じて手術を行います	<input type="checkbox"/> 起き上がりの練習をします <input type="checkbox"/> 移乗動作の練習をします <input type="checkbox"/> 車椅子移動の練習をします <input type="checkbox"/> 歩行練習を行います <input type="checkbox"/> 飲込みの訓練をします <input type="checkbox"/> 日常生活の訓練をします (トイレ・食事・着衣など) <input type="checkbox"/> 脳の高次機能回復を訓練します	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 複数の医療施設が連携して機能の回復や維持のための治療を実施します </div> <input type="checkbox"/> 再発防止のための診療を行います <input type="checkbox"/> 日常生活動作の維持訓練を行います
退院基準	自宅で生活できる運動能力があり、自宅での訓練方法も理解している	家族の介護により自宅での生活および通院が可能	家族の介護により自宅での生活および通院が可能
転院基準	症状は安定しているが、立位や歩行などに障害があり、回復期病院での訓練の必要性を理解している	継続した医療が必要、あるいは家族による介護が困難	
説明	病状や予後について説明します 治療方針をご承諾いただきます	機能訓練の見直しなどを説明します 治療方針をご承諾いただきます	危険因子の食事・運動を指導します 再発徴候や日常生活動作の維持方法について説明します
その他	自宅復帰時には日常生活が行いやすいように改修などのアドバイスを行います 必要に応じ介護認定・障害者認定などの申請手続きについてお手伝いします		

この診療計画書は、計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。病状に応じて変更することがありますのでご了承ください。病名も今後の検査で変更される場合があります。上記の計画書を運用するにあたり必要な情報は、急性期病院と回復期病院間では、原則として青森県地域医療情報共有システム(あおもりメディカルネット)の地域連携パス機能にて共有します。また、あおもりメディカルネットのカルテ情報共有にご同意いただいた場合には、回復期病院でもカルテ情報を閲覧可能となります。

患者(あるいは家族)署名
