

地域連携診療計画書(その3) 目標: **安心して在宅療養を送ることができる**

ふりがな 氏名 様 生年月日 西暦 19 年 月 日()歳 退院時のご本人のご希望	日 程	入院日	院内調整日	院内調整日	外泊日	退院日
	予定日	/	/	/	/	/
	実施日	/	/	/	/	/
ご家族・キーパーソン (同居別、お名前、続柄、職業) 図内に①②③をつける	退院時のご家族のご希望					
キーパーソン① お名前	ご本人との関係() Tel ()	緊急連絡順				
キーパーソン② お名前	ご本人との関係() Tel ()					
キーパーソン③ お名前	ご本人との関係() Tel ()					
保険種別 <input type="checkbox"/> 社本 <input type="checkbox"/> 社家 <input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 老() <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 福 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 低() <input type="checkbox"/> その他の減免等()		身障手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 将来申請 () <input type="checkbox"/> 有 (肢体 内部 その他) (種 級)				
その他の手帳 ()		介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(新規 変更) 申請日(/) <input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()				
居宅介護支援事業所		ケアマネージャー Tel ()				
住居 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 集合住宅: エレベーター(有 無) <input type="checkbox"/> バリア:		経済状況				

<input type="checkbox"/> 看護サマリ添付あり 記入日 月 日 記入者 障害自立度(寝たきり度)(J A B C - 1 2) 認知高齢者生活度(I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 身長()cm 体重()kg: 増減()kg/直近3か月 栄養状態(良 不良) 利き手(右 左) 義歯 <input type="checkbox"/> 有(上 下) 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経口: 主食(米飯 粥) 副食(常 きざみ) <input type="checkbox"/> 経管(経鼻 経胃)()Fr 交換()週ごと 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 常時見守り <input type="checkbox"/> 介助 排尿回数()回/日 夜間排尿()回 排便回数()回/日 最終排便日(/) オムツ 尿器 トイレ ポータブルトイレ(24h 夜のみ) ストマ 膀胱ろう 尿道カテーテル:() Fr 交換()週ごと 入浴更衣整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重) 移動 屋内 屋外 歩行 自立 依い歩き 見守り 介助 自立 補助具使用 介助 車いす 自操 見守り 介助 自操 見守り 介助 歩行器 自操 見守り 介助 自操 見守り 介助 杖 杖 ロフトラント杖 四脚杖 杖 ロフトラント杖 四脚杖 段差 自立 手すり使用 介助 外出介助必要 <input type="checkbox"/> 吸痰 <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 別紙参照

<input type="checkbox"/> リハビリサマリ添付あり 記入日 月 日 記入者 FIM これまでの訓練目標と見込み 合計: 点 運動: 在宅で継続すべきこと 認知: 回避すべきこと(過介助等) 補助具と装具(今後の修正、更新) 必要なリハサービス 機能低下時のリハビリ相談先:																																																												
日常生活機能評価表 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>0点、</td> <td>1点、</td> <td>2点</td> </tr> <tr> <td>床上安静の指示</td> <td>なし、</td> <td>あり、</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>どちらかの手を胸元まで持ち上げる</td> <td>できる、</td> <td>できない、</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>寝返り</td> <td>できる、</td> <td>何かつかまればできる、</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>起き上がり</td> <td>できる、</td> <td>できない、</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>座位保持</td> <td>できる、</td> <td>支えがあればできる、</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>移乗</td> <td>できる、</td> <td>見守りか一部介助、</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>移動方法</td> <td>介助不要、</td> <td>要介助か搬送、</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>口腔清潔</td> <td>できる、</td> <td>できない、</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>食事摂取</td> <td>介助なし、</td> <td>一部介助、</td> <td>全介助</td> </tr> <tr> <td>衣服の着脱</td> <td>介助なし、</td> <td>一部介助、</td> <td>全介助</td> </tr> <tr> <td>他者への意思の伝達</td> <td>できる、</td> <td>できる時とできない時がある、</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>診療・療養上の指示を通じる</td> <td>はい、</td> <td>いいえ、</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>危険行動への対応</td> <td>なし、</td> <td>ある、</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>合計点(0~19)</td> <td colspan="3">点</td> </tr> </table>		0点、	1点、	2点	床上安静の指示	なし、	あり、	—	どちらかの手を胸元まで持ち上げる	できる、	できない、	—	寝返り	できる、	何かつかまればできる、	できない	起き上がり	できる、	できない、	—	座位保持	できる、	支えがあればできる、	できない	移乗	できる、	見守りか一部介助、	できない	移動方法	介助不要、	要介助か搬送、	—	口腔清潔	できる、	できない、	—	食事摂取	介助なし、	一部介助、	全介助	衣服の着脱	介助なし、	一部介助、	全介助	他者への意思の伝達	できる、	できる時とできない時がある、	できない	診療・療養上の指示を通じる	はい、	いいえ、	—	危険行動への対応	なし、	ある、	—	合計点(0~19)	点		
	0点、	1点、	2点																																																									
床上安静の指示	なし、	あり、	—																																																									
どちらかの手を胸元まで持ち上げる	できる、	できない、	—																																																									
寝返り	できる、	何かつかまればできる、	できない																																																									
起き上がり	できる、	できない、	—																																																									
座位保持	できる、	支えがあればできる、	できない																																																									
移乗	できる、	見守りか一部介助、	できない																																																									
移動方法	介助不要、	要介助か搬送、	—																																																									
口腔清潔	できる、	できない、	—																																																									
食事摂取	介助なし、	一部介助、	全介助																																																									
衣服の着脱	介助なし、	一部介助、	全介助																																																									
他者への意思の伝達	できる、	できる時とできない時がある、	できない																																																									
診療・療養上の指示を通じる	はい、	いいえ、	—																																																									
危険行動への対応	なし、	ある、	—																																																									
合計点(0~19)	点																																																											

<input type="checkbox"/> 情報提供書添付あり 診断名 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> アテローム <input type="checkbox"/> 心原性塞栓 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 橋 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 被殻 <input type="checkbox"/> 皮質下 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> クモ膜下出血 <input type="checkbox"/> その他() 発症日 年 月 日 発症部位 治療経過 (/): (/): (/): 既往歴 アレルギー() 感染症(検査日 月 日) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他() 併存・合併症の今後の注意点 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 癲癇発作 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> その他() 処方 <input type="checkbox"/> 処方箋コピー添付あり <input type="checkbox"/> 服薬指導書添付あり 管理方法 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 介護者管理 <input type="checkbox"/> 一包化	記入日 月 日 記入者 失見当識 <input type="checkbox"/> 日付がわからない <input type="checkbox"/> 家族の名前がわからない <input type="checkbox"/> 自分の居場所がわからない 運動麻痺 <input type="checkbox"/> (右 左)(上肢 下肢)の力が入らない <input type="checkbox"/> 麻痺側の介助が必要 失調 <input type="checkbox"/> 歩行時にふらつく <input type="checkbox"/> 立ってられない 感覚障害 <input type="checkbox"/> (右 左)側の感覚が鈍い 半側空間無視 <input type="checkbox"/> (右 左)側の刺激に関心・注意が向かない 半盲 <input type="checkbox"/> (右 左)半分が見えない 視力 <input type="checkbox"/> (右 左)眼が見えにくい 難聴 <input type="checkbox"/> (右 左)耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 補聴器使用 失語 <input type="checkbox"/> 言いたいことを言葉にできない <input type="checkbox"/> 言葉を理解できない 構音障害 <input type="checkbox"/> 呂律が回らない <input type="checkbox"/> 他人に聞き取れない 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 食事をむせる 記憶力障害 <input type="checkbox"/> 直近のことを忘れる コミュニケーション <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 家族とのみ <input type="checkbox"/> 不可能 問題行動 <input type="checkbox"/> せん妄(昼夜問わず 夜間) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 拒薬 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 不眠 在宅療養・生活習慣のリスクと注意点 <input type="checkbox"/> 薦められること <input type="checkbox"/> 控えるべきこと <input type="checkbox"/> 昼間の注意点 <input type="checkbox"/> 夜間の注意点 悪化・再発予防策 <input type="checkbox"/> 受療すべき時機 <input type="checkbox"/> 内服薬の調整 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 嗜好品 <input type="checkbox"/> 運動 栄養 <input type="checkbox"/> 栄養指導書添付あり <input type="checkbox"/> カロリー <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> その他()
---	--

退院時カンファレンス (月 日) 出席者(病院・施設名): 短期目標: 長期目標: 記入者 入院中のケア 在宅ケア ※必要なサービスを番号で記入する。 ①居宅療養管理指導 ②訪問看護 ③訪問介護 ④訪問リハビリ ⑤通所リハビリ ⑥訪問入浴 ⑦施設入浴 ⑧配食 <table border="1"> <tr> <td>サービス</td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ご家族</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 急変時の病院連絡先 (緊急入院ができない場合もあります) Tel () 在宅かかりつけ医 Tel ()	サービス	月	火	水	木	金	土	日	午前								午後								ご家族								私は地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。 書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。 説明・同意日: 年 月 日 本人、家族の署名:
サービス	月	火	水	木	金	土	日																										
午前																																	
午後																																	
ご家族																																	