

**地域連携診療計画書(その4) <在宅・維持期から急性期病院へ>**

- 自宅退院後の様子をもとにして、在宅生活を支える方々と急性期治療の先生方との相談の機会です。
- リハビリの欄は、リハビリスタッフに限らず、記入できる方ならどなたが記入しても構いません。
- 在宅診療のかかりつけ医からの紹介状の添付書類として活用してください。
- 急性期治療を要する場合を除き、地域連携診療計画書の各管理病院に戻るか、当医療圏事務局までご連絡下さい。

ふりがな <b>氏名</b>		ご家族・キーパーソン (お名前、続柄等)					
様 (男 女)		生年月日 西暦 19 年 月 日 ( ) 歳		現住所:		緊急連絡先: TEL ( )	
生活状況	主な日常生活上の活動 (内服薬、自己注射、活動内容、自主訓練等)						
	利用しているサービス ①訪問看護 ②訪問介護 ③訪問リハビリ ④訪問入浴 ⑤通所リハビリ ⑥通所介護 ⑦居宅療養管理指導 ⑧配食 ⑨福祉用具						
	サービス	月	火	水	木	金	土
ご家族							

看護・介護	<input type="checkbox"/> 看護サマリ添付あり 記入日 月 日 記入者			移動		屋内	屋外
	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 V ) 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)			歩行	自立 伝い歩き 見守り 介助	自立 補助具使用 介助	
	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 ぎざみ) <input type="checkbox"/> 経管(経鼻 経胃)( )Fr 交換( )週ごと			車いす	自操 見守り 介助	自操 見守り 介助	
	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) スマ 膀胱ろう 尿道カテーテル:( )Fr 交換( )週ごと			歩行器	自操 見守り 介助	自操 見守り 介助	
入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重) 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重) 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重) <input type="checkbox"/> 吸痰・口腔ケア <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 床ずれ・清拭 <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 服薬の注意点 <input type="checkbox"/> 別紙参照			杖	杖 ロフトランド杖 四点杖	杖 ロフトランド杖 四点杖		
			段差	自立 手すり使用 介助	外出介助必要		
			日常生活機能評価表 0:できる、介助なし 1:できない、一部介助 2:できない、全介助				
			床上安静の指示 0, 1 どちらかの手を胸元まで持ち上げる 0, 1 寝返り 0, 1, 2 起き上がり 0, 1 座位保持 0, 1, 2 移乗 0, 1, 2 移動方法 0, 1 口腔清潔 0, 1 食事摂取 0, 1, 2 衣服の着脱 0, 1, 2 他者への意思の伝達 0, 1, 2 診療・療養上の指示が通じる 0, 1 危険行動への対応 0, 1 合計点(0~19) 点				

リハビリ	<input type="checkbox"/> リハビリサマリ添付あり 記入日 月 日 記入者		機能低下時のリハビリ相談先:
	FIM等の機能評価		リハサービス
	在宅で継続していること		
回避していること			

ケアマネジャー等の支援者からの意見・相談 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		記入日: 年 月 日 記入者:
かかりつけ医からの意見・相談 (通院時・往診時の様子等)		
急性期治療医からの意見・お願い (今後の受療時期・検査の必要性等)		記入日: 年 月 日 記入者:
私は上記の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
記入日: 年 月 日 記入者:		本人、家族の署名: