

地域連携診療計画書 (大腿骨頸部骨折 地域連携パス)

連携病院から退院時

医療機関名:

	入院日：平成 年 月 日
	紹介元： 病院
年 月 日	術式：人工骨頭 骨接合術 ()
	退院日：平成 年 月 日

署名：

主治医 (サイン)	入院時情報	
	退院時	退院先：自宅 施設 () 転院 () 歩行状態：独歩 杖 歩行器 車椅子 寝たきり 自立度：J A B C 痴呆老人日常生活自立度判定基準 (M 不明)
	かかりつけ医：有 (医療機関名： 先生) 無 受診日：平成 月 日 科 先生	

MSW (サイン)	家族背景	介護保険
	独居 夫婦 日中独居 二世帯 () 介護者：有 () 無 キーパーソン： 連絡先：	介護申請：申請中 (月 日申請) 有 無 介護度： ケアマネジャー： 連絡先： 患家訪問：有 (月 日) 無 住宅改修：有 無 利用する介護サービス 訪問介護 福祉用具

リハビリ (サイン)		歩行	階段昇降	ADL動作	MMT・ROM
	補助具動作	平行棒 (開始 月 日) Pick up (開始 月 日) 杖 (開始 月 日)	() 杖 (開始 月 日)	ふとん・ベッド (開始 月 日) 入浴動作 (開始 月 日)	
	荷重条件	() PWB ・ FWB	() PWB ・ FWB	() PWB ・ FWR	コメント
	現状	月 日			

看護 (サイン) 師長	日常生活機能評価表			
	項目	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	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	できるときとできない時がある	できない
	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動への対応	なし	ある		
合計点	退院時 点			