



急性期医療機関用連携シート（大腿骨近位部骨折地域連携パス 北九州モデルver.1.3）

MSW	氏名			性別	男	女	年齢	歳	病院名			
	イニシャル		生年月	←名前の記入をご希望されない場合は、イニシャル及び生年月をご記入下さい								
	担当医			看護師			MSW					
	PT			OT			ST					
	入院日	年	月	日	退院日	年	月	日	在院期間	日		
	転院先	<input type="checkbox"/> 自宅退院 <input type="checkbox"/> 回復期リハ病院 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型病院 <input type="checkbox"/> その他()							病院名			
	介護保険	<input type="checkbox"/> 有(介護度:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中(年 月 日)							キーパーソン			
医師	受傷場所など	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ※ <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外			受傷原因	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> その他()						
	受傷日	年 月 日			大腿骨近位部骨折の既往	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	診断名	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部骨折 <input type="checkbox"/> 大腿骨転子部骨折 <input type="checkbox"/> その他()										
	手術日	年 月 日	手術名	<input type="checkbox"/> 人工骨頭置換術 <input type="checkbox"/> 骨接合術(ピンニング・CHSタイプ・Gammaタイプ) <input type="checkbox"/> THA								
	併存症等	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()							説明者			
									説明日	年 月 日		
	骨密度	大腿骨	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	%	検査	TRACP-5b	mU/dL					
		腰椎		%		NTX <input type="checkbox"/> 尿中	nmolBCE/nmol・Cr					
		橈骨	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	%		<input type="checkbox"/> 血中	nmolBCE/L					
	年 月 日	その他				BAP	μg/L					
処方	骨粗鬆症薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬剤名:) 投与方法(<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> 皮下注) 投与間隔(1回/□日 □週 □()ヶ月)										
	疼痛対策	頓用(薬剤名:)										
	その他	<input type="checkbox"/> 抗凝固薬(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 別紙参照										
	荷重など注意点	<input type="checkbox"/> 全荷重OK <input type="checkbox"/> 部分荷重(□2/3 □1/2 □1/3) <input type="checkbox"/> 免荷										
看護師・リハ専門職種	受傷前	※所在	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()			Barthel index () 点	←聞き取りで記入					
		移動	屋内	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視・部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()					屋外	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可能		
	入院時	長谷川式簡易認知スケール HDS-R ()										
	退院時の看護・生活機能評価	食事	<input type="checkbox"/> 自立(10点) <input type="checkbox"/> 部分介助(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点) <input type="checkbox"/> 経口(常食・嚥下調整食:ミキサー・トロミ・キザミ食等) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他()								点	
		移乗	<input type="checkbox"/> 自立(15点) <input type="checkbox"/> 介助監視(10点) <input type="checkbox"/> 移乗介助(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点)								点	
		整容	<input type="checkbox"/> 自立(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点)								点	
		トイレ	<input type="checkbox"/> 自立(10点) <input type="checkbox"/> 部分介助(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点)								点	
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点) <input type="checkbox"/> 通常入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 機械入浴 <input type="checkbox"/> 清拭								点	
		歩行	<input type="checkbox"/> 自立(15点) <input type="checkbox"/> 介助監視(10点) <input type="checkbox"/> 車いす(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点) 屋内 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他() 屋外 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可能								点	
		階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立(10点) <input type="checkbox"/> 部分介助(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点)								点	
		着替え	<input type="checkbox"/> 自立(10点) <input type="checkbox"/> 部分介助(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点)								点	
		排便	<input type="checkbox"/> 失禁なし(10点) <input type="checkbox"/> 時に失禁(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータル <input type="checkbox"/> おむつ(常時) <input type="checkbox"/> おむつ(夜間)								点	
		排尿	<input type="checkbox"/> 失禁なし(10点) <input type="checkbox"/> 時に失禁(5点) <input type="checkbox"/> 全介助(0点) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータル <input type="checkbox"/> おむつ(常時) <input type="checkbox"/> おむつ(夜間) <input type="checkbox"/> カテ留置								点	
										合計		
		FIM	運動		認知	合計	HDS-R	日常生活機能評価(必須)	点	TUG	秒	Barthel Index
看護上の問題	処置	<input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 褥そう処置 <input type="checkbox"/> その他()										
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()					その他	具体的に記述				
リハ専門職	リハビリテーション	PT	平均単位数:	単位/日								
		OT	平均単位数:	単位/日								
		ST	平均単位数:	単位/日								

※ 日常生活機能評価は必須事項です。FIMの記載は任意事項です。また、退院時長谷川式簡易認知スケールは変化がなければ再検査不要です。 Rev.21

※ コピーをとって連携先に渡してください。原本は記入医療機関で保存してください。

また、事務局(産業医科大学リハビリテーション医学講座)へ郵送或はFAX(093-691-3529)でお送り下さい。