

腿 回復期等連携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	基本情報	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					急性期医療機関				
		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【同居者: <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他()】←複数可 <input type="checkbox"/> 回復期リハ病院 <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()													
	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					
		その他			%	BAP		μ g/L							
	年 月 日					年 月 日	P1NP		μ g/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		<input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3) <input type="checkbox"/> 免荷													
看護師・リハ専門職種	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"/> ポータブル <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"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ(常時) <input type="checkbox"/> おむつ(夜間) <input type="checkbox"/> カテ留置										点
			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> FIM HDS-R 日常生活機能評価(必須) TUG Barthel Index </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 運動 認知 合計 点 点 秒 点 </div>											合計	
			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 <input type="checkbox"/> 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。
 ※ 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。