



外来連携医療機関等用連携シート (大腿骨近位部骨折地域連携パス 北九州モデルver.1.3)

| | | | | | | | | |
|---------------|------|-------|-------|-------------------------------------|---|----|-------------|---------|
| 医師・看護 スタッフ | 基本情報 | 氏名 | 性別 | 男 | 女 | 年齢 | 歳 | 施設名 |
| | | 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 | 自宅退院日 | 年 | 月 | 日 | 回復期等連携医療機関名 | |

| | | | | | | | | |
|--------------|------|--|---|---------------------------------|------|-----------------|-------|--|
| かかりつけ医・施設担当医 | 疾病障害 | 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() 生活機能の状況や問題行動など、特に気にかかる点について、記入してください。 | | | | | | |
| | 骨密度 | 大腿骨 | <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 | % | 検査 | TRACP-5b | mU/dL | |
| 年月日 | 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 | | μg/L | | |
| | | | | P1NP | 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 | | | | | | |

| | | |
|----|----------------|--|
| 目標 | 入院連携退院日 | 1年後 |
| | 骨粗鬆症の治療を継続している | 骨粗鬆症の治療を継続している 再骨折しない 身体機能の維持・向上ができる その他() |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|----|---|
| 看護・リハビリスタッフなど | リハビリ | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 外来リハビリ <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| | 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) | | | | | | 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() | | | | | | |
| | 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) | | | | | | 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 | | | | | | |
| | 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) | | | | | | 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 | | | | | |
| | 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) | | | | | | 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) | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | 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 | | | | | | | |
| | | | | | | | 合計 | |

| | | | |
|----------|--------------|-----|---------------|
| FIM | 日常生活機能評価(必須) | TUG | Barthel Index |
| 運動 認知 合計 | 点 | 秒 | 点 |

| | | | | | | | | |
|------|----------|----------|---|---------------|--|--|----|--|
| 半年後 | 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 |
| | FIM | 日常生活機能評価 | TUG | Barthel Index | | | | |
| | 運動 認知 合計 | 点 | 秒 | 点 | | | | |
| コメント | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------|----------|----------|---|---------------|--|--|----|--|
| 1年後 | 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 |
| | FIM | 日常生活機能評価 | TUG | Barthel Index | | | | |
| | 運動 認知 合計 | 点 | 秒 | 点 | | | | |
| コメント | | | | | | | | |

| | | | | |
|-------|-----------|----|--------|----|
| リハ専門職 | リハビリテーション | PT | 平均単位数: | 単位 |
| | | OT | 平均単位数: | 単位 |
| | | ST | 平均単位数: | 単位 |

※ FIMの記載は任意事項です。
 ※ コピーを2部として急性期医療機関と回復期等連携医療機関に渡してください。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。
 ※ 半年後・1年後の各項目は継続して通院または入院入所されている場合、記入お願い致します。
 この場合もコピーを2部として急性期医療機関と回復期等連携医療機関に渡してください。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。