

⑧ 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 北九州標準モデルver.1.4)

MSW	基本情報	氏名			性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢	歳	病院名		
		イニシャル	生年月		身長		cm	体重	kg	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="radio"/> 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 ( )】 <input type="radio"/> 回復期リハ病院 <input type="radio"/> 一般病院 <input type="radio"/> 老人保健施設 <input type="radio"/> 療養型病院 <input type="radio"/> その他 ( )							病院名	
		介護保険	<input type="radio"/> 有 (介護度 ) <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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="radio"/> あり <input type="radio"/> なし						
	診断名	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		<input type="checkbox"/> 大腿骨頭部骨折 <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							説明者		
		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ( )							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="radio"/> 尿中 <input type="radio"/> 血中		nmolBCE/L			
	年 月 日	橈骨	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	%		BAP		μg/L			
	その他			P1NP		μg/L					
処方	骨粗鬆症薬	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (薬剤名: ) 投与方法 ( <input type="radio"/> 経口 <input type="radio"/> 静注 <input type="radio"/> 皮下注 ) 投与間隔 (1回 / <input type="radio"/> 日 <input type="radio"/> 週 <input type="radio"/> ( ) ヵ月 )									
	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="radio"/> 全荷重OK <input type="radio"/> 部分荷重 ( ) <input type="radio"/> 免荷									
看護師・リハ専門職種	食事	<input type="radio"/> 自立(10点) <input type="radio"/> 部分介助(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点) <input type="checkbox"/> 経口 ( ) <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="radio"/> 自立(15点) <input type="radio"/> 介助監視(10点) <input type="radio"/> 移動介助(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点)									
	整容	<input type="radio"/> 自立(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点)									
	トイレ	<input type="radio"/> 自立(10点) <input type="radio"/> 部分介助(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点)									
	入浴	<input type="radio"/> 自立(5点) <input type="radio"/> 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									
	歩行	<input type="radio"/> 自立(15点) <input type="radio"/> 介助監視(10点) <input type="radio"/> 車いす(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点) 屋内 <input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 杖 <input type="radio"/> 歩行器 <input type="radio"/> 伝い歩き <input type="radio"/> 車いす <input type="radio"/> その他 ( ) 屋外 <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 介助 <input type="radio"/> 不可能									
	階段昇降	<input type="radio"/> 自立(10点) <input type="radio"/> 部分介助(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点)									
	着替え	<input type="radio"/> 自立(10点) <input type="radio"/> 部分介助(5点) <input type="radio"/> 全介助(0点)									
	排便	<input type="radio"/> 失禁なし(10点) <input type="radio"/> 時に失禁(5点) <input type="radio"/> 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)									
	排尿	<input type="radio"/> 失禁なし(10点) <input type="radio"/> 時に失禁(5点) <input type="radio"/> 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									
	FIM		HDS-R		日常生活機能評価(必須)	改訂版5TTS	測定日	TUG	Barthel Index		
	運動	認知	合計			秒	年 月 日	秒			
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="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助			口腔清潔	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助					
	問題行動	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ( )			その他	具体的に記述					
リハ専門職	PT	単位	平均単位数								
	OT	単位	平均単位数								
	ST	単位	平均単位数								

※ 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。  
 ※ 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。  
 ※ 誤認防止のため、西暦での記入をお願いします。