

氏名			性別	男	女	年齢	歳
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( )					
入院時の症状	<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 可動域制限 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 日常生活動作能力低下						

目   標	入院日	術後3ヶ月	退院・転院
		術後( )ヶ月	
	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の治療を継続している	<input type="checkbox"/> 受傷前のADLの獲得	
	<input type="checkbox"/> 歩行を含む移動手段の獲得	<input type="checkbox"/> 受傷前の生活場所への復帰	
	<input type="checkbox"/> 歩行器 → <input type="checkbox"/> 杖歩行 →	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> IADLの獲得

★ご本人・ご家族に症状の経過について説明します。

★回復期のリハビリ訓練

自宅等の生活復帰に向けたリハビリテーションを行います。

○歩行器や杖などを使った歩く練習    ○階段の上り下り、屋外歩行など練習



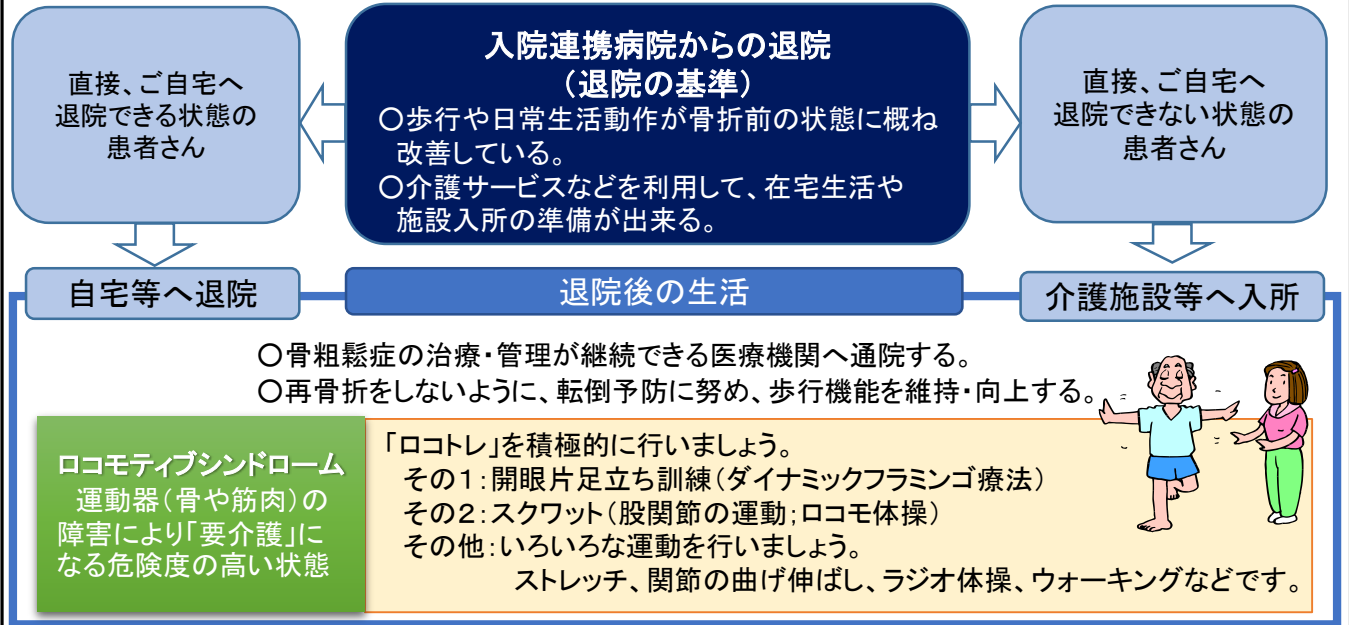
○必要な場合、風呂に入る練習なども行います。



★ご家族に対して、療養・介護の方法を指導します。

★ケアマネージャーなどと連携して、ご本人・ご家族と一緒に在宅生活に必要なサービスについて、話し合います。

○介護保険の手続き    ○住宅の改修が必要な場合の相談    ○福祉用具の相談



◆この計画書は、標準的な経過を説明したものです。患者さんの状態により、異なる経過になることもあります。ご質問がありましたら、遠慮なくスタッフにお尋ね下さい。

サイン	連携医療機関記載欄	地域医療連携同意欄
	今後の診療計画を説明しました。    年    月    日 説明者:	説明を受け同意しました。    年    月    日 患者・ご家族様: