

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	一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				身長	cm	体重	kg												
		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 <input type="radio"/> 回復期リハビリ病院 <input type="radio"/> 地域包括ケア病棟 <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	受傷場所など	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 自宅以外 ※ <input type="radio"/> 屋内 <input type="radio"/> 屋外			受傷原因	<input type="radio"/> 転倒 <input type="radio"/> 転落 <input type="radio"/> その他 ()																	
	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 () <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							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		nmol/BCE/L															
	年 月 日	橈骨	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	%		年 月 日	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 () 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	受傷前	※所在	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 施設 <input type="radio"/> その他 ()			Barthel index	() 点		←聞き取りで記入可														
		移動	屋内	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 監視・部分介助 <input type="radio"/> 全介助 <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													
	入院時	長谷川式簡易知能スケール () 点																					
	退院時の看護・生活機能評価	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																				
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">FIM</td> <td style="width:25%;">HDS-R</td> <td style="width:25%;">日常生活機能評価(必須)</td> <td style="width:25%;">改訂版5TTS</td> <td style="width:20%;">測定日</td> <td style="width:20%;">Barthel Index</td> </tr> <tr> <td>運動</td> <td>認知</td> <td>合計</td> <td>点</td> <td>秒</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>										FIM	HDS-R	日常生活機能評価(必須)	改訂版5TTS	測定日	Barthel Index	運動	認知	合計	点	秒	年 月 日
	FIM	HDS-R	日常生活機能評価(必須)	改訂版5TTS	測定日	Barthel Index																	
運動	認知	合計	点	秒	年 月 日																		
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																				

※ 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
 ※ 誤認防止のため、西暦でのご記入をお願いいたします。
 ※ 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。