

大腿骨頸部骨折地域連携クリニカルパス 医療者用

生年月日 年 月 日  
氏名 才

入院日( ) 退院日( ) 手術日( ) 在院日数( )	病院 ID 感染症 有 無 アレルギー 有 無 褥瘡 有 無 担当医( )	病院 入院日( ) 退院日( ) 在院日数( )	クリニック・医院 来院日( ) 主治医( ) ケアマネ( )																																				
経過 急性期 目標 日常生活動作が自立する 神経障害がない 術後感染徴候がない		回復期 在宅に向けたリハビリテーションがすすむ																																					
病名( ) 術式( )																																							
IC内容 ゴール		IC内容 ゴール																																					
合併症の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し		<input type="checkbox"/> 再骨折 <input type="checkbox"/> 感染徴候 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 神経障害																																					
治療継続の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し 内容		継続処置の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し 内容																																					
基礎疾患		継続処置の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し 内容																																					
リハビリ状況(急性期退院時) 起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 歩行動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可 手段 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> T杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> ピックアップ <input type="checkbox"/> 不用 FIM 運動( )点 認知( )点 BI 担当PT( )		<input type="checkbox"/> 入院時リハビリ評価 担当者: <input type="checkbox"/> リハビリ状況 担当者: <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>入院時</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>退院時</td> </tr> <tr> <td>FIM</td> <td>運動</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>認知</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			入院時	1	2	3	退院時	FIM	運動						認知					BI																	
	入院時	1	2	3	退院時																																		
FIM	運動																																						
	認知																																						
BI																																							
急性期入院前評価 <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>寝たきり度</td> <td>認知症自立</td> <td>食事</td> <td>移動</td> <td>整容</td> <td>入浴</td> <td>更衣</td> <td>排泄</td> </tr> <tr> <td>方法</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>自立度</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		寝たきり度	認知症自立	食事	移動	整容	入浴	更衣	排泄	方法	<input checked="" type="checkbox"/>							自立度	<input checked="" type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> 在宅の意思確認( / ) <input type="checkbox"/> リハカンファレンスおよびケアマネとのカンファレンス フリー欄													
寝たきり度	認知症自立	食事	移動	整容	入浴	更衣	排泄																																
方法	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
自立度	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
住宅環境 <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>同居者</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>職業</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>家屋</td> <td>寝室</td> <td>1階</td> <td>2階</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>戸建</td> <td>寝具</td> <td>布団</td> <td>ベット</td> </tr> <tr> <td>(持ち屋、借家)</td> <td>浴室</td> <td colspan="2">浴槽高さ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>マンション</td> <td>玄関</td> <td colspan="2">段差あり・なし</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>アパート</td> <td>トイレ</td> <td>和式</td> <td>洋式</td> </tr> <tr> <td>エレベーター有無</td> <td>階段</td> <td>手すり</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>改修: 可</td> <td>否</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 介護保険: 有 無 説明: ( / ) 介護度( ) オープンカンファレンス(開催日) 転院依頼日: ( / ) キーパーソン 続柄 身障手続き意思確認(有 無)		同居者				職業				家屋	寝室	1階	2階	<input type="checkbox"/> 戸建	寝具	布団	ベット	(持ち屋、借家)	浴室	浴槽高さ		<input type="checkbox"/> マンション	玄関	段差あり・なし		<input type="checkbox"/> アパート	トイレ	和式	洋式	エレベーター有無	階段	手すり	有・無	改修: 可	否			<input type="checkbox"/> 介護度( ) <input type="checkbox"/> ケアマネ決定( / ) <input type="checkbox"/> 家屋調査( / ) 有・無 <input type="checkbox"/> 介護指導( / ) <input type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> 家屋改修 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議( / ) <input type="checkbox"/> 退院時リハビリ評価 <input type="checkbox"/> 転帰 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 療養型病床群 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム・ケアハウス <input type="checkbox"/> クリニック	
同居者																																							
職業																																							
家屋	寝室	1階	2階																																				
<input type="checkbox"/> 戸建	寝具	布団	ベット																																				
(持ち屋、借家)	浴室	浴槽高さ																																					
<input type="checkbox"/> マンション	玄関	段差あり・なし																																					
<input type="checkbox"/> アパート	トイレ	和式	洋式																																				
エレベーター有無	階段	手すり	有・無																																				
改修: 可	否																																						
看護の視点(リハビリの阻害因子) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 入院中転倒歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパー <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>受傷から6か月後</td> <td>1年後</td> </tr> <tr> <td>要介護度</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> フリー欄 FIMと介護(指標) <table border="1" style="width:100%;"> <tr> <th>介護</th> <th>FIM</th> </tr> <tr> <td>自立</td> <td>7:完全自立 6:修正自立</td> </tr> <tr> <td>部分介助</td> <td>5:監視</td> </tr> <tr> <td>介助あり</td> <td>4:最小介助 3:中等度介助</td> </tr> <tr> <td>完全介助</td> <td>2:最大介助 1:全介助</td> </tr> </table> FIM1点=介護時間1.6分 FIM110点=介護時間0分			受傷から6か月後	1年後	要介護度			介護	FIM	自立	7:完全自立 6:修正自立	部分介助	5:監視	介助あり	4:最小介助 3:中等度介助	完全介助	2:最大介助 1:全介助																				
	受傷から6か月後	1年後																																					
要介護度																																							
介護	FIM																																						
自立	7:完全自立 6:修正自立																																						
部分介助	5:監視																																						
介助あり	4:最小介助 3:中等度介助																																						
完全介助	2:最大介助 1:全介助																																						
在宅への条件(患者、家族の希望) <input type="checkbox"/> 歩行ができる <input type="checkbox"/> 介助具を使用して歩行ができる <input type="checkbox"/> 一人でトイレに行ける <input type="checkbox"/> 見守りにてトイレに行ける <input type="checkbox"/> 車椅子で活動ができる		<input type="checkbox"/> 急性期病院へ入院(原因) <input type="checkbox"/> 死亡(原因)																																					
フリー欄 (オープンカンファレンス情報など)		<input type="checkbox"/> 急性期病院へ入院(原因) <input type="checkbox"/> 死亡(原因)																																					
日常生活機能評価 <input type="checkbox"/> 急性期退院時 点		<input type="checkbox"/> 回復期入院時 点 <input type="checkbox"/> 回復期退院時 点																																					