

看護地域連携パス

患者氏名：

様

生年月日：

発症日：

病名：☐脳梗塞☐ラクナ・☐アテローム・☐心原性・☐その他☐脳出血

急性期病院：大垣市民病院

科

回復期病院：

病院

科

患者 ID：

主治医名：

患者 ID：

主治医名：

先生

かかりつけ医：

先生

患者 ID：

介護度：

訪問看護ステーション：

居住介護支援事業所：

担当者名：

介護保険利用内容：

		急性期病院退院時	回復期病院退院時または3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	
		(. . )	(. . )	(. . )	(. . )	(. . )	
身体 の 評 価	寝たきり度	<div><div><div><div>J1</div><div>J2</div><div>A1</div><div>A2</div></div><div><div>B1</div><div>B2</div><div>C1</div><div>C2</div></div></div></div>	<div><div><div><div>J1</div><div>J2</div><div>A1</div><div>A2</div></div><div><div>B1</div><div>B2</div><div>C1</div><div>C2</div></div></div></div>	<div><div><div><div>J1</div><div>J2</div><div>A1</div><div>A2</div></div><div><div>B1</div><div>B2</div><div>C1</div><div>C2</div></div></div></div>	<div><div><div><div>J1</div><div>J2</div><div>A1</div><div>A2</div></div><div><div>B1</div><div>B2</div><div>C1</div><div>C2</div></div></div></div>	<div><div><div><div>J1</div><div>J2</div><div>A1</div><div>A2</div></div><div><div>B1</div><div>B2</div><div>C1</div><div>C2</div></div></div></div>	<div><div><div><div>J1</div><div>J2</div><div>A1</div><div>A2</div></div><div><div>B1</div><div>B2</div><div>C1</div><div>C2</div></div></div></div>
	血 圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	
	感 染 症	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	
	褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
	DESIGN-R	<div>d( )e( )s( )i( )g( )n( )p( ) D( )E( )S( )I( )G( )N( )P( ) 合計 点</div>	<div>d( )e( )s( )i( )g( )n( )p( ) D( )E( )S( )I( )G( )N( )P( ) 合計 点</div>	<div>d( )e( )s( )i( )g( )n( )p( ) D( )E( )S( )I( )G( )N( )P( ) 合計 点</div>	<div>d( )e( )s( )i( )g( )n( )p( ) D( )E( )S( )I( )G( )N( )P( ) 合計 点</div>	<div>d( )e( )s( )i( )g( )n( )p( ) D( )E( )S( )I( )G( )N( )P( ) 合計 点</div>	
	体 重	( ) Kg	( ) Kg ↑ 変化なし ↓	( ) Kg ↑ 変化なし ↓	( ) Kg ↑ 変化なし ↓	( ) Kg ↑ 変化なし ↓	
	心身の状態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏	
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
	麻痺の悪化	状態 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	
	排便異常	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(性状 )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(性状 )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(性状 )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(性状 )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(性状 )	
	排尿異常	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	
尿 量	尿量 ( ml/日)	尿量 ( ml/日)	尿量 ( ml/日)	尿量 ( ml/日)	尿量 ( ml/日)		
介護上の問題		<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	
ケ ア	食 事	<input type="checkbox"/> 常食 量 ( ) <input type="checkbox"/> きざみ 量 ( ) <input type="checkbox"/> ミキサー 量 ( ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 種類 ( ) 量 ( )	<input type="checkbox"/> 常食 量 ( ) <input type="checkbox"/> きざみ 量 ( ) <input type="checkbox"/> ミキサー 量 ( ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 種類 ( ) 量 ( )	<input type="checkbox"/> 常食 量 ( ) <input type="checkbox"/> きざみ 量 ( ) <input type="checkbox"/> ミキサー 量 ( ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 種類 ( ) 量 ( )	<input type="checkbox"/> 常食 量 ( ) <input type="checkbox"/> きざみ 量 ( ) <input type="checkbox"/> ミキサー 量 ( ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 種類 ( ) 量 ( )	<input type="checkbox"/> 常食 量 ( ) <input type="checkbox"/> きざみ 量 ( ) <input type="checkbox"/> ミキサー 量 ( ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 種類 ( ) 量 ( )	
	排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル( Fr 交換日 / )	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル( Fr 交換日 / )	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル( Fr 交換日 / )	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル( Fr 交換日 / )	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル( Fr 交換日 / )	
	入浴形態	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭	
処 置	服薬管理	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	
	褥 瘡	処置 ( )	処置 ( )	処置 ( )	処置 ( )	処置 ( )	
	吸 引	口腔 回数 (昼間 夜間 ) 気管 回数 (昼間 夜間 )	口腔 回数 (昼間 夜間 ) 気管 回数 (昼間 夜間 )	口腔 回数 (昼間 夜間 ) 気管 回数 (昼間 夜間 )	口腔 回数 (昼間 夜間 ) 気管 回数 (昼間 夜間 )	口腔 回数 (昼間 夜間 ) 気管 回数 (昼間 夜間 )	
	備 考						