

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 かかりつけ医：

回復期病院： 病院 科

患者 ID： 主治医名：

患者 ID： 主治医名： 先生

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	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	血圧	/ 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 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
	DESIGN-R	d(e)s(i)g(n)p() D(E)S(I)G(N)P()	d(e)s(i)g(n)p() D(E)S(I)G(N)P()	d(e)s(i)g(n)p() D(E)S(I)G(N)P()	d(e)s(i)g(n)p() D(E)S(I)G(N)P()	d(e)s(i)g(n)p() D(E)S(I)G(N)P()	d(e)s(i)g(n)p() D(E)S(I)G(N)P()			
	合計点	点	点	点	点	点	点			
	体重	() Kg	() 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	<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								
	麻痺の悪化	状態	<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 ()	<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)	<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 ()	<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)	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 ()	<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 /)	<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	<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								
	褥瘡	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									