

とやま 大腿骨頸部・転子部骨折地域連携パス（医療者用）

患者氏名 \_\_\_\_\_

男 女

A3版で印刷してください。

病院名	急性期（ ）病院 入院日 年 月 日			回復期（ ）病・医 院、診療所 入院日 年 月 日			生活期（自宅・施設）（ ） 帰宅・入所日 年 月 日											
担当	主治医	看護師	PT OT MSW	主治医	看護師	PT OT MSW	主治医	看護師	リハスタッフ ケアマネジャー									
達成目標	受傷前生活レベル <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C 入院時目標生活レベル <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C			変更の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 変更目標生活レベル <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C			変更の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 変更目標生活レベル <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C											
連携患者・家族への説明	術前・後		術後1週	転院時		転院後2~4週	退院前		帰宅・入所時	受診後1ヶ月後								
	<input type="checkbox"/> 手術等に関する内容を患者・家族に説明		<input type="checkbox"/> 全身状態・局所状態のチェック <input type="checkbox"/> 連携パスの使用の同意	<input type="checkbox"/> 転院先への連絡・調整 <input type="checkbox"/> 退院についての患者・家族への説明		<input type="checkbox"/> カンファレンスの開催 <input type="checkbox"/> 患者・家族への病状説明	<input type="checkbox"/> 介護保険申請 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーとの調整	<input type="checkbox"/> 退院前訪問 <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンス <input type="checkbox"/> 患者・家族への説明 <input type="checkbox"/> 関係スタッフ間の調整		<input type="checkbox"/> ケアプランの作成と説明	<input type="checkbox"/> ケアプランの見直し							
入院中の経過 (治療・処置・検査・薬剤)	【急性期入院中の経過】 手術日 年 月 日			【回復期入院中の経過】 介護認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 身障手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 (介護度)			【生活期1ヶ月間の経過】											
経過中に発症・治療した疾病：該当するものにレをつける	・骨粗鬆症 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 要継続) ・肺炎 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 要継続) ・認知症 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 要継続) ・脳卒中 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 要継続) ・褥瘡 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 要継続) ・その他 ( )			・骨粗鬆症 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 要継続) ・肺炎 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 要継続) ・認知症 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 要継続) ・脳卒中 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 要継続) ・褥瘡 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 要継続) ・その他 ( )			・骨粗鬆症 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 要継続) ・肺炎 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 要継続) ・認知症 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 要継続) ・脳卒中 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 要継続) ・褥瘡 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 要継続) ・その他 ( )											
	急性期退院時状態 退院日 年 月 日			回復期退院時状態 退院日 年 月 日			受診後1ヶ月後状態 年 月 日											
到達生活レベル	退院時到達生活レベル <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C			退院時到達生活レベル <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C			1ヶ月後生活レベル <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C 生活場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他											
退院時確認事項	<input type="checkbox"/> 傷の状態良好 <input type="checkbox"/> 発熱なし <input type="checkbox"/> 重大な合併症がない <input type="checkbox"/> 骨折部の安定良			<input type="checkbox"/> 重大な合併症がない <input type="checkbox"/> 家族の理解が得られている <input type="checkbox"/> 支援体制が整っている			受診後1ヶ月間の再骨折の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 外出の頻度 <input type="checkbox"/> いつも <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 稀											
痛み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 ) 鎮痛剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 座薬			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 ) 鎮痛剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 座薬			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 ) 鎮痛剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 座薬											
禁忌事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )											
精神状態 認知症 うつ状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徴候有 <input type="checkbox"/> 症状有			<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徴候有 <input type="checkbox"/> 症状有			<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徴候有 <input type="checkbox"/> 症状有											
排泄 使用トイレ用品	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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											
日常生活機能評価	日常生活機能評価																	
	0点			1点			2点			0点			1点			2点		
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり		
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> できない			<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> できない			<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> できない		
寝返り	<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> つかまればできる			<input type="checkbox"/> できない			<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> つかまればできる			<input type="checkbox"/> できない		
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> できない			<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> できない			<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> できない		
座位保持	<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> 支えがあればできる			<input type="checkbox"/> できない			<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> 支えがあればできる			<input type="checkbox"/> できない		
移乗	<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助必要			<input type="checkbox"/> できない			<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助必要			<input type="checkbox"/> できない		
移動方法	<input type="checkbox"/> 介助不要			<input type="checkbox"/> 介助を要する			<input type="checkbox"/> 介助不要			<input type="checkbox"/> 介助を要する			<input type="checkbox"/> 介助不要			<input type="checkbox"/> 介助を要する		
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> できない			<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> できない			<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> できない		
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし			<input type="checkbox"/> 一部介助			<input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 介助なし			<input type="checkbox"/> 一部介助			<input type="checkbox"/> 全介助		
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし			<input type="checkbox"/> 一部介助			<input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 介助なし			<input type="checkbox"/> 一部介助			<input type="checkbox"/> 全介助		
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> できない時がある			<input type="checkbox"/> できない			<input type="checkbox"/> できる			<input type="checkbox"/> できない時がある			<input type="checkbox"/> できない		
診療上・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい			<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> はい			<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> はい			<input type="checkbox"/> いいえ		
危険行動	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ある			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ある			<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ある		
	合計点 0 / 19点			合計点 / 19点			合計点 / 19点			合計点 / 19点			合計点 / 19点			合計点 / 19点		
備考(伝達したい情報を記載してください)	退院後再診(要・不要) 再診日( / ) 骨粗鬆症薬:			骨粗鬆症薬:			骨粗鬆症薬:											

移動能力	ステップⅠ (座位訓練)	ステップⅡ (車椅子・起立訓練)	ステップⅢ (歩行訓練)	ステップⅣ (応用動作)	生活レベル分類(障害高齢者日常生活自立度から)		
移動様式：次のステップへの移行基準。( )内にはリハビリ中での自立した日を記入	<input type="checkbox"/> 端座位 ( / ) <input type="checkbox"/> 起き上がり ( / )	<input type="checkbox"/> 車椅子移乗 ( / ) <input type="checkbox"/> 車椅子自走 ( / ) <input type="checkbox"/> 立位保持 ( / ) (支えなし10秒)	<input type="checkbox"/> 歩行器歩行 ( / ) <input type="checkbox"/> 杖歩行 ( / ) <input type="checkbox"/> 杖なし歩行 ( / )	<input type="checkbox"/> 階段昇降 ( / ) <input type="checkbox"/> 屋外歩行 ( / ) <input type="checkbox"/> 車の運転 ( / )	レベルJ	日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。	
					レベルA-1	屋内での生活は概ね自立。介助なしには外出しない。日中はベッドにはいない。	
					レベルA-2	屋内での生活は概ね自立。介助なしには外出しない。日中は寝たり起きたりの生活。	
					レベルB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。	
					レベルC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。	
訓練上でのコメント							