

地域連携診療計画書(患者さん用)

病名 脳卒中 (脳出血 ・ 脳梗塞 ・ くも膜下出血)

(検査・手術名) (術式)

性別: 男 ・ 女 ID:

氏名: 様








生年 明・昭 年 月 日
月日 大・平



患者氏名
兼同意欄

同意者氏名
兼同意欄

続柄:

※別紙「地域連携診療計画のご案内」をお読みいただき、同意される場合にはご記名ください。※病名等は現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

	大崎市民病院	<input type="checkbox"/> 公立黒川病院 <input type="checkbox"/> 仙台リハビリテーション病院 <input type="checkbox"/> 鳴子温泉分院 <input type="checkbox"/> 公立加美病院 <input type="checkbox"/> 栗原中央病院 <input type="checkbox"/> 涌谷町国民健康保険病院 <input type="checkbox"/> 登米市民病院 <input type="checkbox"/> 片倉病院 <input type="checkbox"/> 石巻ロイヤル病院 <input type="checkbox"/> 鹿島台分院 <input type="checkbox"/> 泉病院	維持期支援
	急性期医療機関	回復期医療機関	
到達目標	病型の診断を行います 病状を安定化させます 入院生活になれ治療に専念できるように調整します	状態に合わせて活動度を向上させ日常生活能力が高まるようにします 検査および評価を実施します 社会資源活用のための調整を行います	<居宅等>
治療	病状を診断します 必要によっては手術を行います 進行性の確認を行います 医療機関の連携を確認します	適時診察を行いながら医学的管理を継続します 必要なリハビリテーション訓練を行います 退院後の診療体制の調整を行います	在宅 養護老人ホーム 社会福祉施設 軽費老人ホーム 障害者施設 有料老人ホーム 特定施設
薬剤(点滴・内服)	点滴および服薬治療を適切に行います	点滴および服薬治療を適切に行います	高齢者専用賃貸住宅 
医療処置	 適切に医療処置を行います 	適切に医療処置を行います	かかりつけ医 通所リハビリ 訪問看護ステーション 通所介護
検査	 適切に検査を行います	適切に検査を行います 	訪問リハビリ  ヘルパー
病棟管理	入院された病棟において体調管理を行います 	入院された病棟において体調管理を行います	<施設入所>
患者様、ご家族への説明・指導	地域診療計画書の説明を行い同意を頂きます 適時病状および治療経過の説明を行います 転院後の調整について説明を行います	地域診療計画書の説明を行い同意を頂きます 適時治療およびリハビリ経過の説明を行います 転院後の調整について説明を行います	介護老人保健施設 介護老人福祉施設
	脳神経センター 説明日: 平成 年 月 日 吉田昌弘・清水洋・三野正樹・中村正史		<他の回復期リハビリテーション病棟へ移動> <転院> ※回復期リハ病棟への移動を除く 病院 有床診療所

急性期医療機関と回復期医療機関が連携してリハビリテーションを行い、機能回復・維持を目指します 		
摂食・嚥下能力	安静度	生活・言語・社会参加能力
適切な時期を検討しながら経口摂取への取り組みを行います	状態に合わせて活動のレベルを変更します 	日常生活能力の向上を目指して、更衣動作、食事動作、整容動作、入浴動作、トイレ動作練習を取り入れていきます
適時嚥下機能の評価を行います	身体機能の評価を行いながら適切な時期に移乗練習、立位練習、歩行練習、階段練習等を取り入れていきます	必要に応じて言語訓練、生活関連動作訓練(家事、炊事、乗り物の利用等)や就労訓練を行います

社会資源
必要に応じて身体障害者手帳・精神保健福祉手帳の申請手続きを行います
必要に応じて介護保険・自立支援法利用についてお手伝いします