経過報告書兼依頼書（大腿骨頚部骨折−地域連携パス専用）

GG0A9B06

大崎市民病院（本院）にて記載 | 回復期医療機関にて記載 | 維持期医療機関にて記載 | 共通記載

患者基本情報

大崎市民病院本院患者ID	
氏名	様
生年月日	
年齢	歳　ヶ月　性別
職業	（　）
身長	cm　体重　kg
診断名	大腿骨　骨折
受傷日	令和　年　月　日
入院日	入院日
手術日	日付
術式	術施行
脱臼肢位	
抜こう日	令和　年　月　日
連絡先	①氏名：　続柄（　） TEL：　☐ キーパーソン 携帯： ②氏名：　続柄（　） TEL：　☐ キーパーソン 携帯：

家族構成図

同居人数：　人（本人含め）

記号説明

- ■：家族（死亡者・男性）
- □：本人（男性）
- ●：家族（死亡者・女性）
- ○：本人（女性）
- ★：同居中
- □：家族（男性）
- ◆：特殊な続柄・他人で同居中等
- ○：家族（女性）
- ◆：その他
- ①：キーパーソン（優先度（高））
- ②：キーパーソン（優先度（中））
- ③：キーパーソン（優先度（小））
- ①：介護用キーパーソン（優先度（高））
- ②：介護用キーパーソン（優先度（中））
- ③：介護用キーパーソン（優先度（小））

アレルギー

☐ なし　※ありの場合は下記に詳細を記載

既往歴

年齢	病名	治癒状況
歳		
歳		
歳		
歳		
歳		
歳		
歳		

受傷前情報

認知症自立度	☐自立 ☐Ⅰ ☐Ⅱa ☐Ⅱb ☐Ⅲa ☐Ⅲb ☐Ⅳ ☐M
日常生活自立度	☐自立 ☐J-1 ☐J-2 ☐A-1 ☐A-2 ☐B-1 ☐B-2 ☐C-1 ☐C-2
移動方法	☐独歩 ☐杖 ☐つかまり立ち ☐歩行器 ☐つかまり歩行 ☐車椅子 ☐ベッド上
介護保険	☐有 ☐無 ☐申請中 ☐区分変更 要支援 ☐1 ☐2　要介護 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
ケアマネージャー	☐有 ☐無　氏名： （事業所：　）
身体障害者手帳	☐有 ☐無　☐1級 ☐2級 ☐3級 ☐4級 ☐5級 ☐6級
アウトカム	
患者・家族が望んでいる到達目標	
患者・家族が受けた説明内容	

経過

病棟リハ開始　月　日　PT室リハ開始　月　日

※「月　日」は開始日を記入，「動作レベル」は退院時での記入となります。チェック欄の左半分は急性期，右半分は回復期にて塗りつぶしてください。

ベッド上動作レベル	■寝返り	月　日	自立	監視	介助	未実施	
	■ギャッジ座位	月　日	自立	監視	介助	未実施	
	■起き上がり	月　日	自立	監視	介助	未実施	
	■端座位	月　日	自立	監視	介助	未実施	
車椅子レベル	■移乗	月　日	自立	監視	介助	未実施	
	■駆動	月　日	自立	監視	介助	未実施	
歩行レベル①	■平行棒内	月　日	自立	監視	介助	未実施	
	■歩行器	月　日	自立	監視	介助	未実施	
歩行レベル②（杖、階段）	■杖歩行	月　日	自立	監視	介助	未実施	
	■階段昇降	月　日	自立	監視	介助	未実施	
応用動作（屋外歩行）	■床上動作	月　日	自立	監視	介助	未実施	
	■屋外歩行	月　日	自立	監視	介助	未実施	

急性期　大崎市民病院（本院）

コメント（リハビリ）：担当理学療法士：

主治医　看護師

退院時の状態

退院日：退院日

日常生活機能評価表	0点	1点	2点	
床上安静の指示	☐なし	☐あり		点
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	☐できる	☐できない		点
寝返り	☐できる	☐何かにつかまればできる	☐できない	点
起き上がり	☐できる	☐できない		点
座位保持	☐できる	☐支えがあればできる	☐できない	点
移乗	☐できる	☐見守り・一部介助が必要	☐できない	点
移動方法	☐介助を要しない	☐介助を要する移動（搬送を含む）		点
口腔清潔	☐できる	☐できない		点
食事摂取	☐介助なし	☐一部介助	☐全介助	点
衣服の着脱	☐介助なし	☐一部介助	☐全介助	点
他者への意思伝達	☐できる	☐できる時とできない時がある	☐できない	点
医療・療養上の指示が通じる	☐はい	☐いいえ		点
危険行動	☐ない	☐ある		点
*得点：0〜19点 *点が低いほど生活自立度が高い			合計	点

荷重制限	☐あり ☐なし
患部疼痛	☐創部 ☐大腿部 ☐なし
疼痛管理	☐服薬 ☐坐薬 ☐なし
食事情報	
認知症自立度	☐自立 ☐Ⅰ ☐Ⅱa ☐Ⅱb ☐Ⅲa ☐Ⅲb ☐Ⅳ ☐M
日常生活自立度	☐自立 ☐J-1 ☐J-2 ☐A-1 ☐A-2 ☐B-1 ☐B-2 ☐C-1 ☐C-2
移動方法	☐独歩 ☐杖 ☐つかまり立ち ☐歩行器 ☐つかまり歩行 ☐車椅子 ☐ベッド上
今回の入院中の転倒	☐あり ☐なし　いつ
排泄方法	☐トイレ ☐ポータブル ☐オムツ ☐尿カテ
最終排便日	令和　年　月　日

コメント

回復期

コメント（リハビリ）：担当理学療法士：

主治医　看護師

退院時の状態

退院日：令和　年　月　日

日常生活機能評価表	0点	1点	2点	
床上安静の指示	☐なし	☐あり		点
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	☐できる	☐できない		点
寝返り	☐できる	☐何かにつかまればできる	☐できない	点
起き上がり	☐できる	☐できない		点
座位保持	☐できる	☐支えがあればできる	☐できない	点
移乗	☐できる	☐見守り・一部介助が必要	☐できない	点
移動方法	☐介助を要しない	☐介助を要する移動（搬送を含む）		点
口腔清潔	☐できる	☐できない		点
食事摂取	☐介助なし	☐一部介助	☐全介助	点
衣服の着脱	☐介助なし	☐一部介助	☐全介助	点
他者への意思伝達	☐できる	☐できる時とできない時がある	☐できない	点
医療・療養上の指示が通じる	☐はい	☐いいえ		点
危険行動	☐ない	☐ある		点
*得点：0〜19点 *点が低いほど生活自立度が高い			合計	点

荷重制限	☐あり ☐なし
患部疼痛	☐創部 ☐大腿部 ☐なし
疼痛管理	☐服薬 ☐坐薬 ☐なし
食事情報	
認知症自立度	☐自立 ☐Ⅰ ☐Ⅱa ☐Ⅱb ☐Ⅲa ☐Ⅲb ☐Ⅳ ☐M
日常生活自立度	☐自立 ☐J-1 ☐J-2 ☐A-1 ☐A-2 ☐B-1 ☐B-2 ☐C-1 ☐C-2
移動方法	☐独歩 ☐杖 ☐つかまり立ち ☐歩行器 ☐つかまり歩行 ☐車椅子 ☐ベッド上
急性期退院後〜回復期退院までの転倒	☐あり ☐なし　いつ
排泄方法	☐トイレ ☐ポータブル ☐オムツ ☐尿カテ

コメント

（認知面や特記すべき家族背景などの事項，転倒があった場合の状況について記載。）

維持期（外来診療）

コメント：担当者

主治医　看護師

初回受診時の状態（1ヶ月以内）

初回受診日：令和　年　月　日

日常生活機能評価表	0点	1点	2点	
床上安静の指示	☐なし	☐あり		点
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	☐できる	☐できない		点
寝返り	☐できる	☐何かにつかまればできる	☐できない	点
起き上がり	☐できる	☐できない		点
座位保持	☐できる	☐支えがあればできる	☐できない	点
移乗	☐できる	☐見守り・一部介助が必要	☐できない	点
移動方法	☐介助を要しない	☐介助を要する移動（搬送を含む）		点
口腔清潔	☐できる	☐できない		点
食事摂取	☐介助なし	☐一部介助	☐全介助	点
衣服の着脱	☐介助なし	☐一部介助	☐全介助	点
他者への意思伝達	☐できる	☐できる時とできない時がある	☐できない	点
医療・療養上の指示が通じる	☐はい	☐いいえ		点
危険行動	☐ない	☐ある		点
*得点：0〜19点 *点が低いほど生活自立度が高い			合計	点

荷重制限	☐あり ☐なし
患部疼痛	☐創部 ☐大腿部 ☐なし
疼痛管理	☐服薬 ☐坐薬 ☐なし
食事情報	
認知症自立度	☐自立 ☐Ⅰ ☐Ⅱa ☐Ⅱb ☐Ⅲa ☐Ⅲb ☐Ⅳ ☐M
日常生活自立度	☐自立 ☐J-1 ☐J-2 ☐A-1 ☐A-2 ☐B-1 ☐B-2 ☐C-1 ☐C-2
移動方法	☐独歩 ☐杖 ☐つかまり立ち ☐歩行器 ☐つかまり歩行 ☐車椅子 ☐ベッド上
回復期退院後の転倒	☐あり ☐なし　いつ
排泄方法	☐トイレ ☐ポータブル ☐オムツ ☐尿カテ

コメント

（認知面や特記すべき家族背景などの事項，転倒があった場合の状況について記載。）

サービス利用状況

記載日	令和　年　月　日
記載者（所属機関名）	（　）

■居住場所

- ☐ 自宅（　人暮らし）
- ☐ 施設入所（　）
- ☐ 再入院（　）

■介護保険

- ☐ 有　要支援：☐1 ☐2　要介護：☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
- ☐ 申請中
- ☐ 無

■身体障害者手帳

- ☐ 有　☐1級 ☐2級 ☐3級 ☐4級 ☐5級 ☐6級
- ☐ 無

■ケアマネージャー

氏名：（　）

■介護保険サービス

- ☐ 訪問介護（　／週）
- ☐ 訪問リハビリテーション（　／週）
- ☐ 訪問看護（　／週）
- ☐ 訪問入浴（　／週）
- ☐ 在宅療養管理指導（　／週）
- ☐ 通所リハビリテーション（　／週）
- ☐ 通所介護（　／週）
- ☐ 短期入所療養介護
- ☐ 短期入所生活介護
- ☐ 福祉用具（　）（　）
- ☐ 住宅改修（　）
- ☐ その他（　）

※患者様退院後に，大崎市民病院地域医療連携室まで郵送していただきますようお願いします。（電話：0229-23-3311　内線1203）