

大腿骨骨折 地域連携診療計画書 兼 入院診療計画書

患者さんご家族の方へ

※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。

※入院期間については現時点で予想されるものです。

※退院時に患者さんに交付いたします。転院先医療機関にご提出ください。

患者ID : _____ 患者氏名 : _____ 様

説明日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回パス説明日直接記入)

病名 : 右・左 大腿骨 (頸部・頸基部分・転子部・転子下) 骨折

手術名 : 人工骨頭・骨接合・その他()

脱臼部位 : 前側方: 伸展・外旋禁・後側方: 過屈曲・内転・内旋禁・なし

※該当項目に○をつけること。

(患者氏名 兼同意欄) _____ 様 (家族氏名 兼同意欄) _____ 様

大崎市民病院 TEL 0229-23-3311		(大崎市) <input type="checkbox"/> 鹿島台分院 <input type="checkbox"/> 三浦病院 <input type="checkbox"/> 岩出山分院 <input type="checkbox"/> 片倉病院 <input type="checkbox"/> 鳴子温泉分院 <input type="checkbox"/> 徳永整形外科病院	(色麻町) <input type="checkbox"/> 公立加美病院 (大和町) <input type="checkbox"/> 公立黒川病院	(涌谷町) <input type="checkbox"/> 涌谷町国民健康保険病院 (富谷市) <input type="checkbox"/> 仙台リハビリテーション病院	(大崎市) <input type="checkbox"/> 大崎西整形外科 <input type="checkbox"/> 塩沢整形外科クリニック <input type="checkbox"/> せきや整形外科 <input type="checkbox"/> 東北整形外科大崎	(加美町) <input type="checkbox"/> さとう公整形外科 <input type="checkbox"/> 中新田民主医院 (涌谷町) <input type="checkbox"/> わくや整形外科	(美里町) <input type="checkbox"/> 高城利江整形外科 <input type="checkbox"/> こごた整形外科クリニック (その他かかりつけ医) <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

急性期医療機関(目安: 1~2週間程度の急性期治療)					回復期医療機関(目安: 1~2ヶ月程度のリハビリ)				維持期医療機関(維持的なりハビリ, 再骨折予防)		
日時(手術日・退院日など)	入院日~(手術前日)	手術日	術後1日目~	術後7日目~	転院日	転院日	~転院後2週目	~転院後4週目	~退院日	退院後	
経過(日または週・月単位)目安	1日目~		目安: 入院から8日~14日程度			1日目~	~ 14日目	~ 28日目	~ 日目		

達成目標	不安なく手術前検査を受けることができる。体調を整え手術に臨むことができる。	不安なく手術を受けることができる。	患者さんの状態や、痛みの状態に応じてリハビリを開始することができる。	(転院基準)術後の回復期リハビリが可能な状態になる。	最終目標、リハビリ計画の設定をする。	最終目標やリハビリ計画への中間評価をする。	(退院基準)在宅(施設)生活が可能になる。	痛みがほとんどなく生活できる。転倒を予防できる。骨粗しょう症の管理を行う。
治療・薬剤(点滴・内服)	内科的合併症の精査加療をします。	点滴開始します。基本は全身麻酔です。	状態に合わせ内服薬を服用します。		内服薬を確認します。必要に応じて薬剤等処方します。		必要に応じてかかりつけ医に相談・受診してください。	
処置	必要時、患肢牽引を行います。		創処置を術後2日目に行います。	術後7日目頃に抜糸または抜鉤します。※転院先で行う場合もあります。	創処置(必要に応じて)をします。		必要時、処置します。	
検査	採血、心電図、X線検査等を行います。	術後にX線検査をします。	必要時、採血をします。		必要に応じて採血及びX線検査をします。		必要時、検査します。	
安静度・リハビリ(OT・PT指導含)	骨折していない方の足や腕を動かしましょう。		退院に向けてリハビリを行います。リハビリのために履きなれた靴を準備してください。		リハビリ計画に沿って行います。なお、回復程度に応じて計画が変更となる場合があります。		状態に応じて、介護保険サービス等を活用しましょう。	
食事(栄養士の指導含)	ご希望の方にはオニギリやお粥等にメニューの変更ができます。※手術前後は絶飲食となります。主治医から許可後に、食事を召し上がれます。		医師の指示により入浴できない場合は身体を拭きます。	入浴が可能になるまで身体を拭きます。術後1週間頃から入浴可能です。	状態に応じた入浴となります。		バランスのよい食事を心がけましょう。	
清潔							入浴等で清潔を保ちましょう。	
排泄	尿: 必要に応じて尿道に管を入れます。便: 基本的にはベッド上になります。		車イスに移乗できれば、トイレに行きます。		歩行能力に応じてトイレへ行きましょう。		歩行能力に応じてトイレへ行きましょう。	
患者さん及びご家族への説明	病状・手術・入院生活の説明をします。 特別な栄養管理の必要性有・無 主治医 看護師	手術中は病室でお待ち下さい。手術後、医師より説明があります。 医師から、転院リハビリ後の回復の見込をご説明いたします。	ご家族の方と転院先を相談して看護師にお知らせ下さい。日程が決まり次第、連絡します。 お困りの際やご不明なところは遠慮なく主治医または看護師へおたずねください。		医師より退院時に予想される日常生活動作を説明します。介護保険制度等について説明します。 お困りの際やご不明なところは遠慮なく主治医または看護師へおたずねください。	随時、検査結果等について説明をします。 ご家族の方とともに退院日について相談を行います。また、退院後の在宅サービスについて相談を行います。	かかりつけ医にご相談ください。	

【手術後の説明内容】
 平均的なリハビリの流れは下記の通りで、ステップ1から6へ徐々に進めていきますが、入院前の歩行や移動などの身体状況や、患者さんの認知症状(安静の指示の厳守、リハビリの指示に対する理解など)、手術の方法、その他の合併症により、個人差が認められます。

【再骨折の予防について】
 再骨折の予防には、骨粗鬆症の治療が必要です。リハビリを終えて退院された後も、引き続き近隣の整形外科や内科のかかりつけ医で、骨粗鬆症の治療を継続してください。

【転院先を退院する時の、患者さんの予測される状態】
 手術をしない場合はステップ1のままですが、今回手術を行いましたので、今後は

ステップの □1 □2 □3 □4 □5 □6 が予測されます。

一般的にこの疾患は入院前の歩行や移動のレベルから1~2段階ほど低下するとされています。
 転院後に担当の先生からの説明をよく聴き、リハビリの様子をみていきましょう。 説明日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
 尚、本日説明した内容は、あくまでも現時点で予測されるものであり、今後変わることもあります。 説明医師名: _____

【最終目標・リハビリ計画の設定】 ※転院日に説明します。
 ※リハビリの様子をみながら、退院目標やリハビリ目標を立てる場合もあります。
 ステップの □1 □2 □3 □4 □5 □6 を目標としていきましょう。
 (自宅・自宅以外)への退院を目指し _____ ヶ月程度の入院リハビリをし、リハビリの様子をみながら、退院後の生活を考えていきましょう。
 途中、設定した目標の評価・見直しをしていきましょう。
 説明日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明医師名: _____
 患者又は家族同意欄: _____ 様 (続柄: _____)

【退院する時の、患者さんの予測される状態】 (月 日 評価・見直しの結果)
 ※入院中に医師、看護師、リハビリスタッフ、医療福祉相談員等が説明します。
 ステップの □1 □2 □3 □4 □5 □6 までの回復が見込まれます。
 退院予定日: _____ 月 _____ 日頃 退院後のかかりつけ医()

平均的なリハビリの流れ	ステップ1 (ベッド上: 全介助レベル)	ステップ2 (ベッド上: 動作レベル)	ステップ3 (車椅子レベル)	ステップ4 (歩行: 平行棒内、歩行器レベル)	ステップ5 (歩行: 杖歩行レベル)	ステップ6 (応用動作レベル)

【退院後の治療計画】

骨粗鬆症の治療 継続 導入(仕様薬剤:)
 中止(理由:)

退院後の通院先 自院 大崎市民病院へ紹介 通院予定なし
 (骨粗鬆症の治療) 整形外科クリニック(医療機関名:)
 上記以外のかかりつけ医(内科等)

回復期・維持期医療機関の担当者様へ

(回復期)退院時、(維持期)初回受診時の状態をチェックし、コピーを大崎市民病院へ郵送してください。原本は患者さんへ返却してください。

【回復期退院時の状態】

移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ベッド上
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		

【維持期初回受診時の状態】

移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ベッド上
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		

【骨粗鬆症の治療】
 継続 導入(使用薬剤:)
 中止(理由:)