

脳卒中地域連携パス:急性期→回復期

2008年3月17日 作成

	急性期		回復期		かかりつけ医			
主治医	サンプル		サンプル		なし			
施設	日本医科大学千葉北総病院脳神経センター		新八千代病院		なし			
氏名	北総 太郎 (サンプル)		急性期ID	12345678		年齢	58	
診断名	サンプル		回復期ID	過去の受診なし		職業	農業	
発症日時	2008年 3月 4日		身長	170.0 cm	体重	65.0 kg	発症前ADL	自立
健康保険	国保		介護保険	未		身障者	未	
家族構成	氏名	年齢	同居	続柄	主介護者:北総花子 関係:妻			
	北総花子	58	同居	妻	キーパーソン:北総一郎 関係:長男			
	北総一郎	20	別居	長男	連絡先:北総一郎 0476-99-1111			
	北総次郎	18	同居	次男				
ご家族のうけとめ	リハビリテーションをがんばる							
リハビリ後の退院先	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅前提 <input type="checkbox"/> 在宅可能 <input type="checkbox"/> 医療機関・施設 <input type="checkbox"/> その他							
認知症問題行動	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 抑制帯 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 動作センサー		リハビリの意欲	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		部屋の希望	大部屋	
経過	急性期入院時 2008年 3月 4日			急性期退院時 2008年 3月 18日			入院日数:15日	
目標	脳浮腫の頭蓋内圧亢進、脳ヘルニアを併発しない 急激な降圧に伴う梗塞拡大が起こらない 肺炎・褥創を併発しない			患者の状態に合ったリハビリを行い、麻痺拘縮を予防する 安静度の拡大に伴う危険の防止				
医師	JCS 0 NIHSS 4 mRS 4 <input checked="" type="checkbox"/> 診療計画策定 手術実施 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病状説明: 脳梗塞を治療いたします。 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			JCS 0 NIHSS 3 mRS 3 <input type="checkbox"/> 退院時情報提供 <input type="checkbox"/> 転院直前の処方の変更 要注意合併症 <input type="checkbox"/> 鼻カヌラ <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 気切 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 退院時指導・予後説明: 2~3ヶ月リハビリテーションを				
看護師	<input checked="" type="checkbox"/> バイタルサイン確認 <input checked="" type="checkbox"/> 看護計画策定 排泄 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input checked="" type="checkbox"/> 看護計画説明			褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 口腔ケア必要性 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 排泄 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 退院時指導				
リハビリテーション	Brunnstrom 右上肢 II 手指 II 下肢 III stage 左 VI VI VI Barthel Index: 50 FIM: 利き手: <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両 <input type="checkbox"/> 不明 リハ開始日: 2008年 3月 5日 車椅子乗車: 2008年 3月 4日 センターリハ開始日: 2008年 3月 5日 装具使用: <input type="checkbox"/> LLB <input type="checkbox"/> SLB			Brunnstrom 右上肢 III 手指 III 下肢 IV stage 左 VI VI VI Barthel Index: 60 FIM: 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input checked="" type="checkbox"/> 片麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 拘縮 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 感覚障害 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 失語 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 疑い 失行 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 疑い 失認 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 疑い 視野障害 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 疑い 認知症 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" type="checkbox"/> なし 摂食・嚥下障害 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 退院時指導 嚥下造影 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
薬剤	<input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 内服薬中止 <input checked="" type="checkbox"/> 降圧剤のみ中止			<input type="checkbox"/> 退院時指導				
栄養	摂取方法 1600 Kcal <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 一品食 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥食 <input checked="" type="checkbox"/> 塩分制限(7g) <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 高脂血症食 <input type="checkbox"/> 熟煮食 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ワーフリン食			1600 Kcal <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 一品食 <input type="checkbox"/> 熟煮食 <input type="checkbox"/> とろみ <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> 全粥食 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 高脂血症食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> 塩分制限(7g) <input type="checkbox"/> ワーフリン食 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 間接訓練 <input type="checkbox"/> 直接訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養指導 インスリン: ノボラピッド 朝 12 昼 8 夕 8 夜 ヒューマリンN 朝 昼 夕 夜 10				
MSW				<input checked="" type="checkbox"/> 退院時情報提供 <input checked="" type="checkbox"/> 連携先への資料引継ぎ 自宅復帰希望 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 自力方向なら <input type="checkbox"/> 車いす可能				
要管理の検査	血圧	160 / 80		140 / 70		目標140/90 mmHg 未満		
	アルブミン	3.6		4.0		目標 3.5 g/dl 以上		
	LDL-C	160		150		目標 120 mg/dl 未満		
	HbA1c	7.8		7.0		目標 6.5 % 未満		
	PT-INR	測定せず				目標 <input type="checkbox"/> 1.6~2.5 <input type="checkbox"/> 2.0~3.0		
日常生活機能評価	床上安静の指示0 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる0 寝返り0 起き上がり0 座位保持0 移乗0 移動方法0 口腔清潔0 食事摂取0 衣服の着脱1 他者への意思の伝達0 診療・療養上の指示が通じる0 危険行動0 合計:1/19点							