

患者氏名

生年月日 年 月 日生

脳卒中て入院されました ※1 年 月 日

地域連携診療計画説明日 年 月 日

# 岡山県の脳卒中地域連携診療計画書

**転院基準** 改善の見込みのある機能障害が残存しておりリハビリの継続が必要  
転院日 年 月 日

**在宅基準** 軽度の機能障害はあるものの自宅で生活に支障がない  
年 月 日

急性期病院 ( ) 病院)  
主治医: 他の方担当者:

回復リハ病院 ( ) 病院)  
主治医: 他の方担当者:

かかりつけ医 ( )  
主治医: 他の方担当者:

※2 入院時 1週目 ~ 2週目 転院

**検査** 採血、CT/MRI 検査があります  
転院先病院のベッド調整が  
つき次第転院となります

**治療** 点滴治療を行います  
医師の指示より内服治療を行います

**食事** 患者様の状態にあわせ点滴治療のみ、経管栄養、特別食等になります  
心高Ⅱ度 糖尿病食  
必要に応じて、栄養士から指導、説明があります

**清潔** 洗面の介助、体拭きをします  
医師の許可があれば、平日シャワー・入浴を計画し、必要時介助します

**排泄** 病状にあわせ、尿器・ポータブルトイレ・車椅子トイレ・一般トイレでの排泄介助をします

**活動度** ベッド上安静です 車椅子、歩行は患者様の状態にあわせ介助します 転倒に注意します

**リハビリ** 医師の指示のもと早期からリハビリを開始します  
バイタル測定を行いながら安全にリハビリを行います

**病状説明** 病状について説明があります  
病状に変化があったときは説明があります

**医療相談** 総合的な機能評価⇒該当する方には別紙にて評価  
医療相談を受けていただき、転院を含めた今後のことについて相談します  
必要により、介護保険サービス等の相談にも応じます

※2 転院日 ~ 退院 (入院期間:おおよそ 日程度) ※4

**検査** 採血やレントゲンなどの検査を行います  
必要に応じて嚥下造影検査を行います  
適宜検査します

**治療** 内服治療の継続をします  
リハビリの実施状況を確認しつつ全身管理をします

**食事** 患者様の状態(嚥下・栄養)にあわせ食事の形態を変更していきます  
患者様の状態に応じた食器を選択していきます

**清潔** 清潔の援助を行います  
お風呂の場合は状態によって変更します

**排泄** 職員がお手伝いしながらトイレ(ベッド上・尿器・ポータブルトイレ・洋式トイレ)に行きます  
オムツも徐々に外せるように介助していきます

**指導** 服薬指導、栄養指導を行います

**リハビリ** 医師と相談して装具の検討をします  
言語訓練や飲み込みの練習を行います  
ご家族に介護指導を行います  
家屋環境についてお尋ねします 必要時、家屋改修の検討を行います

**病状説明** 病状、リハビリ実施状況、今後の方針などについて説明をします  
全身状態に変化があったときは、適宜説明をします

**医療相談** 入院中の様々なご相談に応じます  
定期的・今後のことを相談していきます  
介護認定申請手続きのお願いをします  
施設入所申し込みのお手伝いをします  
ケアマネジャーと連絡、調節します  
身障手帳の準備をします

病状が安定している限り

**検査** 採血やCT/MRI検査を行います  
画像検査は一般病院で行うこともあります

**治療** 内服治療を継続します  
**相談** 療養支援について相談を受けます

**転院基準** セルフケアの介助  
とともに継続した医療が必要  
転院日 年 月 日

一般・療養型病床 ( )  
主治医: 他の方担当者:

状態に応じて期間を決定

**治療** 内服を中心に治療を継続します  
**リハ** リハビリを継続します

**入所基準** セルフケアに介助  
を要するが家族が介助困難  
入所日 年 月 日

施設 ( )  
担当者:

状態に応じて期間を決定  
**相談** 療養支援について相談を受けます

同意書(本人又は家族のサイン)  
年 月 日  
氏名 (続柄)

同意書(本人又は家族のサイン)  
年 月 日  
氏名 (続柄)  
機能日常生活評価  
合計点 点  
**退院・転院基準** 病状が安定している ※3  
退院日 年 月 日

同意書(本人又は家族のサイン)  
年 月 日  
氏名 (続柄)  
機能日常生活評価  
合計点 点  
**退院・転院基準** リハビリがゴールに達している ※3  
退院日 年 月 日

同意書(本人又は家族のサイン)  
年 月 日  
氏名 (続柄)  
機能日常生活評価  
合計点 点

※1 病名等は、入院された時点で考えられるもので、今後検査等を進めていくにしたがって替わることがあります。  
※2 各項目(検査～医療相談)について、あなたの診療計画を具体的に(〇日目に入浴が可能等)にお示しします。  
※3 退院・転院基準について、必要なコメントがあれば( )内にお示しします。  
※4 転院された時点で予想される入院期間をお示しします。