

患者氏名()様 主治医()印)
 担当者() 在宅復帰支援担当者()
 病名: _____ 入院時の症状: _____

月日	/ / ~ / /	/ / ~ / /	/ /
病日	回生病院 入院日~7日目	8日目~18日目	退院
達成目標 (退院基準)	症状が悪化しない		①再発が起こらない ②今後の方針が決まる
リハビリ	●毎日検温を行い、症状に応じて対処します。 ●持参された内服薬は医師へ確認後に説明を行います。 ●点滴や内服による治療を行います(脳保護薬、抗血小板薬等を使用します) ●リハビリの担当者が状態に合ったリハビリを行います。 ●症状により、手術を行ったり、人工呼吸器を装着する場合があります。		
処置	●必要に応じて酸素投与、心電図モニターの装着をします。		
検査	●症状に合わせ、頭部CT・胸部レントゲン・採血・検尿・心電図等の検査を行います。		
安静度	ベッド上安静 → 車椅子 → 歩行訓練 *状態に応じて、上記の様にステップアップしていきます。		
食事	●状態に応じて食事が開始になります。 *管理栄養士が適切な栄養管理を行います。*特別な栄養管理の必要性 有・無		
清潔排泄	●状態に合わせて体を拭いたり、シャワー浴をします。		
説明	●入院診療計画、地域連携クリニカルパスについて医師または看護師が説明します。		
その他	・病状について医師が説明します。 ・入院生活について看護師が説明します。 ・お薬について薬剤師が説明します。 ・必要に応じて退院支援担当者が、退院や転医の相談を行います。		

転院先 ()
/ / ~ / /
転院日~退院
目標: 退院に向けて日常生活動作を向上する。
●毎日検温を行い、症状に応じて対処します。
●内服薬を継続します。
●状態に合ったリハビリを行います。
●必要に応じて処置を行います。
●必要に応じて血液検査、レントゲンなど行います。
●特に制限はありません。
●状態に応じて普通食、または治療食となります。
●状態に合わせて体を拭いたり、シャワー浴をします。
●体の状態に合わせて自分で排泄を行ったり、必要であれば介助を行います。
●入院中の様々な相談に応じます。
●退院の相談を行います。

<<退院先>>

家庭への退院
 かかりつけ医・紹介先 ()

状態に応じて施設へ入所をして療養生活を送ります。

施設へ入所
 施設名 ()

状態に応じて施設へ入所をして療養生活を送ります。

医療機関へ転院
 医療機関名 ()

状態に応じて療養型病院等で入院を継続します。

連携機関サイン欄
 連携機関名: ()
 主治医名: ()

<同意書> 入院診療計画書について、説明を受けました。

年 月 日

本人・家族サイン _____

※病名等は現時点で考えられるものであり、今後検査等進めていくにしたがって変り得るものである。
 ※入院期間は現時点で予想されるものである。

脳卒中の治療を受けられる皆様へ

◆地域連携クリニカルパスとは・・・

対象となる疾患で入院された患者さんを中心に、地域で医療・介護に関わる人々が各々の役割分担を行い、お互いの情報を共有し、今後の治療の目標や注意点を明確にし、チームで患者さんを支えてゆくための仕組みです。

回生病院でも、地域のさまざまな医療・介護・保健担当者と連携して、共通の診療計画書(クリニカルパス)に基づいて治療を提供しております。皆さまの治療・療養に関する医療情報を当院と連携機関にて共有し、切れ目のない質の高い医療を目指します。

医療情報・個人情報はずべて安全に管理され、個人情報公表されたり、患者さんの許可なく他の目的に使用されることは一切ありません。

なお、ご協力いただけない場合でも、これらの治療に何ら不利益を生じることはありません。その主旨にご理解をお願いしますとともに、ご協力をお願いいたします。



社会医療法人財団 大樹会 総合病院 回生病院
〒762-0007 香川県坂出市室町3丁目5番28号
TEL: 0877-46-1011(代)
FAX: 0877-46-1102(直通)