

脳卒中治療の流れ

(脳卒中地域医療連携計画書)

I D

氏名

生年月日

性別

年齢

歳

脳卒中の地域連携診療について、医師から説明を受け、その必要性が理解できました。今回下記の記載されている診療計画を受けることに同意します。

説明日:(急性期病院: 年 月 日)

(回復期病院: 年 月 日)

説明者:(急性期病院):新潟県立新発田病院

(回復期病院):

同意サイン:本人 / 代理者 (関係:)

同意サイン:本人 / 代理者 (関係:)

コース 30日 60日 90日 120日 150日 180日

施設名	急性期病院 [新発田病院] 病院			回復期病院 [] 病院			在宅・生活期(かかりつけ医) []		
経過	入院当日		2日目以降	退院日(14~21日頃)		転院日			
日付						退院日			
目標	新たな症状が出ないようにする。 合併症がない。 リハビリテーションが出来る状態となる。			リハビリテーションに意欲的に参加できる。 身の回りのことが自分で出来る。 自宅等へ帰ることが出来る。			自宅・施設で生活できる。		
検査	病気について調べる検査があります。 検査については、予め看護師が説明します。			状態に応じて検査があります。 検査については、予め医師または看護師が説明します。					
治療	医師の指示により、点滴と内服薬による治療を行います 他院のお薬をお持ちの方はお申し出ください (医師の指示により中止又は変更になることもあります) 酸素吸入で脳の酸素不足を補うことがあります			状態に応じて薬の治療は継続します。					
状態のチェック	状態に応じて、血圧・体温測定を行います。 						定期的に血圧を測定しましょう。		
安静度	ベッド上ですごします。	回復状態に応じて車椅子に移ります。				出来るだけベッドから離れた生活をめざします。			
食事	食事内容は状況に応じて変わります。 鼻から胃まで管を入れて栄養をとることもあります。					食事をとる練習をします。			
清潔	状態に応じて身体の清潔を保ちます。 入浴できない間は看護師が身体を拭きます。					介助または見守りで入浴ができます。			
排泄	ベッド上で過ごす間はベッド上で排泄します。 おしつこの管を入れることもあります。 状態に応じてベッド脇やトイレで排泄できます。					トイレの練習をします。			
リハビリテーション	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が担当します。 状態に応じたプログラムを作ります。					機能回復の練習を行います。 自宅を想定したりハビリを行います。 自宅での生活方法を指導します。			
ご本人 ご家族 への説明	医師から病気や入院中の治療計画について説明があります。 看護師から入院生活について説明があります。		検査結果の説明があります 転院の準備について説明があります		医師から入院中の治療方針について説明があります。 外泊についての留意点について説明があります。 退院後の生活について説明があります。 月に1回、リハビリテーション総合実施計画書の説明があります。				
相談	次の事項を確認します。 ・介護保険を申請してるかどうか。 ・入院について介護支援専門員に連絡が済んでいるかどうか。 必要時、医師・看護師・ケアマネジャー・リハビリ担当医などと転院・退院のことについて相談します。 必要な書類がありましたらお早めにご準備下さい。 (介護保険同意書・その他)					介護保険の申請をします。 必要時、医師・看護師・ケアマネジャー・リハビリ担当者などと退院について相談します。 必要時、住宅改修などの相談をします。 必要な書類がありましたらご準備下さい。			
窓口	病棟看護師長にご相談ください。			病棟看護師長にご相談ください。		利用できるサービスについてケアマネジャーと相談します。			

他の医療機関等とネットワークを通じて診療情報等を含む医療情報を伝送する旨を了承したものとします。

状態に応じて予定が変更になることもありますので、ご不明な点は各窓口にご相談下さい。