

岡山県の脳卒中地域連携診療計画書

患者氏名 生年月日 年 月 日生

脳卒中入院されました ※1 年 月 日

地域連携診療計画説明日 年 月 日

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: 他の担当者:

回復リハ病院 ( 病院) 主治医: 他の担当者:

かかりつけ医 ( ) 主治医: 他の担当者:

Table with 4 columns: 入院時, 1週目 ~ 2週目, 転院. Rows include 検査, 治療, 食事, 清潔, 排泄, 活動度, リハビリ, 病状説明, 医療相談.

Table with 4 columns: 転院日 ~ 退院 (入院期間:おおよそ 日程度) ※4. Rows include 検査, 治療, 食事, 清潔, 排泄, 指導, リハビリ, 病状説明, 医療相談.

Table with 2 columns: 病状が安定している限り, 検査, 治療, 相談. Rows include 検査, 治療, 相談.

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: 他の担当者:

Table with 2 columns: 状態に応じて期間を決定, 治療, リハ. Rows include 治療, リハ.

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

Table with 2 columns: 施設 ( ) 担当者:, 状態に応じて期間を決定, 相談. Rows include 施設, 相談.

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 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 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

機能日常生活 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(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。