

心不全地域連携診療計画書情報共有シート

患者氏名：

ID：

初回記載日：	年	月	日	最終記載日：	年	月	日
身長：	cm	体重：	kg	測定日：	月	日	職業：
感染症	<input type="checkbox"/> 無						
	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> STS <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> その他：)						
医療行為	血糖測定	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	インスリン	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	酸素	<input type="checkbox"/> あり (L)	<input type="checkbox"/> なし				
	喀痰吸引	<input type="checkbox"/> あり (回/日)	<input type="checkbox"/> なし				
入院前の食事	調理者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	食事内容	<input type="checkbox"/> 自炊	<input type="checkbox"/> 外食	<input type="checkbox"/> 惣菜・加工食品	<input type="checkbox"/> 配食サービス		
栄養	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	<input type="checkbox"/> 心臓食	<input type="checkbox"/> 腎臓食	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	<input type="checkbox"/> 常食 kcal			
	嚥下調整食 (<input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4)			<input type="checkbox"/> 禁忌：			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 中心静脈	<input type="checkbox"/> 末梢	内容：			
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ			
	最終排便： 月 日		最終フォーレ交換 月 日 (サイズ： Fr)				
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 清拭	最終シャワー浴： 月 日				
住宅環境	寝起き	<input type="checkbox"/> 布団	<input type="checkbox"/> ベッド				
	トイレ	<input type="checkbox"/> 和式	<input type="checkbox"/> 洋式	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ			
	階段使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> その他)				
	家屋	<input type="checkbox"/> 平屋	<input type="checkbox"/> 2階建て	<input type="checkbox"/> 集合住宅 (エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
入院前ADL	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ベッド上		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	内服管理	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他：			
退院時ADL	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ベッド上		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	内服管理	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> その他：			
MMSE	初回： / 30点 (月 日)		2回目： / 30点 (月 日)				
リハビリ	SPPB： / 12点 (月 日)		10m歩行： 秒 (月 日)				
	退院見込み	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> リハビリ転院	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 療養		
栄養指導	<input type="checkbox"/> 初回： 月 日		<input type="checkbox"/> 2回目： 月 日				
問題行動	<input type="checkbox"/> 無						
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊						
身体拘束	<input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他：						
	<input type="checkbox"/> 体幹ベルト	<input type="checkbox"/> 上肢ベルト	<input type="checkbox"/> 下肢ベルト	<input type="checkbox"/> ミトン	<input type="checkbox"/> 離床センサー		
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 申請中・ <input type="checkbox"/> 未申請)						
	<input type="checkbox"/> 有 介護支援事業所：			ケアマネージャー：			
	要支援：	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
	要介護：	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
サービス内容： <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護							
<input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> その他 ()							
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 () <input type="checkbox"/> 施設 ()						
	受け入れ可能なADL	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ベッド上		
	退院先の希望	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 転院	<input type="checkbox"/> 未定		

