

急性期 彦根市立病院

達成目標： 〇〇〇〇

主治医： 〇〇〇〇 入院日： 〇〇/〇〇/〇〇

発症日： 〇〇/〇〇/〇〇

【診断名】 〇〇〇〇 **【病型分類】** 〇〇〇〇

【急性期治療】 **【病巣部位・画像所見】**

血栓溶解療法： 有 無
 抗血小板薬： 有 無
 抗凝固薬： 有 無
 脳保護薬： 有 無
 その他（ 〇〇〇〇 ） INR目標値： 〇.〇

内服薬 { 〇〇〇〇 }

【既往歴・危険因子】 なし 脳梗塞 脳出血 クモ膜下出血
高血圧症 糖尿病 脂質異常症 不整脈
虚血性心疾患 認知症 肺炎 その他： 〇〇〇〇

【入院方法】 自己来院 救急隊搬送（発症→来院の時間： 〇〇分）

【現病歴】 〇〇〇〇

【入院時症状】
 ◆意識障害： 〇 JCS： 〇
 ◆WFNS： 〇 GCS： 〇
 ◆運動機能障害： 〇 ◆感覚障害： 〇
 ◆高次脳機能障害： 〇 ◆言語障害： 〇

【治療中・継続治療が必要な状態】 歯科口腔外科（別紙あり）
なし 高血圧症 糖尿病 脂質異常症 不整脈 心疾患
認知症 精神疾患 てんかん その他： 〇〇〇〇

【感染症】 不検 MRSA（検出場所： 〇〇）
HB HCV HIV TPHA ◆アレルギー： 〇〇〇〇

【転帰状況・アウトカム】 退院日： 〇〇/〇〇/〇〇
 退院・転院基準： 〇 〇 〇 在院日数： 〇 日
 転院先施設名： 〇〇〇〇
 死 因： 〇〇〇〇
 パリアンスコード： 〇〇〇〇

【退院時情報】
 ◆意識障害： 〇
 ◆運動機能障害： 〇
 ◆高次脳機能障害： 〇 ◆感覚障害： 〇
 ◆言語障害： 〇 ◆義 歯： 不要 無 有
 ◆嚥下障害： 無 有 ◆食事形態： 〇
 ◆食事介助量： 〇
 ◆治療食： 〇 ◆難聴： 無 有 ◆問題行動： 無 有
 ◆睡眠： 〇 ◆監視抑制： 〇
 ◆障害高齢者日常生活自立度： 〇
 ◆認知症高齢者日常生活自立度： 〇
 ◆認知症： 無 有 MMSE： 〇
 ◆介護認定： 〇

【全身管理】 栄養指導 胃ろう 経鼻経管栄養 中心静脈栄養管理
透析 酸素吸入 呼吸管理 喀痰吸引 気管切開
ストーマ管理 パルンカテテル その他： 〇〇〇〇

【関連施設・事業所】
 かかりつけ医（ 〇〇〇〇 ）
 ケアマネジャー（ 〇〇〇〇 ）
 介護事業所（ 〇〇〇〇 ）

【総合・説明】
主治医説明（疾患・予防・予後予測） オーバービューの説明
介護保険の説明・申請 ケアマネジャー決定 家屋調査・改修
介護指導 在宅の確認 サービス担当者会議
地域連携診療計画退院時指導料
その他（ 〇〇〇〇 ）

主治医説明（疾患・予防・予後予測） オーバービューパスの説明
地域連携診療計画管理料 記入者サイン（ 〇〇〇〇 ）

回復期リハ（ 〇〇〇〇 ）病院

達成目標： 〇〇〇〇

主治医（ 〇〇〇〇 ） 入院日（ 〇〇/〇〇/〇〇 ）

【治療】
内服薬 { 〇〇〇〇 } INR目標値： 〇.〇
外用薬（ 〇〇〇〇 ）

【治療中の他疾患】 〇〇〇〇

【入院時症状】
 ◆意識障害（ 無 ・ 有 → 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ）
 ◆運動機能障害（ 無 ・ 右 ・ 左 ・ 運動失調 ・ 不明 ）
 ◆感覚障害（ 無 ・ 有 ・ 不明 ） ◆嚥下障害（ 無 ・ 有 ）
 ◆言語障害（ 無 ・ 運動性失語 ・ 感覚性失語 ・ 構音障害 ・ 不明 ）
 ◆高次脳機能障害（ 無 ・ 有 ・ 不明 ）
 ◆認知症高齢者日常生活自立度（ I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M ）
 ◆認知症（ 無 ・ 有： HDS MMSE ）

【リハビリ担当】
 ◆リハビリ担当者（職種： 〇〇〇〇 氏名： 〇〇〇〇）
 ◆嚥下リハ担当者（職種： 〇〇〇〇 氏名： 〇〇〇〇）

【口腔ケア担当】（職種： 〇〇〇〇 氏名： 〇〇〇〇）

【転帰状況・アウトカム】 退院日（ 〇〇/〇〇/〇〇 ）
 退院・転院基準（ 1 ・ 2 ・ 3 ） 在院日数（ 〇 ）
 転院先施設名（ 〇〇〇〇 ）
 死因（ 〇〇〇〇 ）
 パリアンスコード（ 〇〇〇〇 ）

【退院時情報】
 ◆意識障害（ 無 ・ 有 → 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ）
 ◆運動機能障害（ 無 ・ 右 ・ 左 ・ 運動失調 ・ 不明 ）
 ◆感覚障害（ 無 ・ 有 ・ 不明 ）
 ◆言語障害（ 無 ・ 運動性失語 ・ 感覚性失語 ・ 構音障害 ・ 不明 ）
 ◆高次脳機能障害（ 無 ・ 有 ・ 不明 ） ◆義歯（ 無 ・ 有 ）
 ◆嚥下障害（ 無 ・ 有 ） ◆食事介助量（ 自立 ・ 一部 ・ 全部 ）
 ◆食事形態（ 〇 ）
 ◆治療食（ 〇 ） ◆難聴（ 無 ・ 有 ）
 ◆睡眠（ 〇 ）
 ◆問題行動（ 〇 ） ◆監視・抑制（ 〇 ）
 ◆障害高齢者日常生活自立度（ J・A1・A2・B1・B2・C1・C2 ）
 ◆認知症高齢者日常生活自立度（ I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M ）
 ◆認知症（ 無 ・ 有： HDS MMSE ）
 ◆介護認定（ 無 ・ 申請中 ・ 有 → 介護度 [〇] ）

【全身管理】 栄養指導 胃ろう 経鼻経管栄養 中心静脈栄養管理
透析 酸素吸入 呼吸管理 喀痰吸引 気管切開
ストーマ管理 パルンカテテル その他（ 〇〇〇〇 ）

【関連施設・事業所】
 かかりつけ医（ 〇〇〇〇 ）
 ケアマネジャー（ 〇〇〇〇 ）
 介護事業所（ 〇〇〇〇 ）

【総合・説明】
主治医説明（疾患・予防・予後予測） オーバービューの説明
介護保険の説明・申請 ケアマネジャー決定 家屋調査・改修
介護指導 在宅の確認 サービス担当者会議
地域連携診療計画退院時指導料
その他（ 〇〇〇〇 ）

記入者サイン（ 〇〇〇〇 ）

維持期 病院/施設名（ 〇〇〇〇 ）

達成目標： 〇〇〇〇

主治医（ 〇〇〇〇 ） 入院日（ 〇〇/〇〇/〇〇 ）

【治療】
内服薬 { 〇〇〇〇 } INR目標値： 〇.〇
外用薬（ 〇〇〇〇 ）

【治療中の他疾患】 〇〇〇〇

【入院時症状】
 ◆意識障害（ 無 ・ 有 ） ◆高次脳機能障害（ 無 ・ 有 ・ 不明 ）
 ◆運動機能障害（ 無 ・ 右 ・ 左 ・ 運動失調 ・ 不明 ）
 ◆感覚障害（ 無 ・ 有 ・ 不明 ） ◆嚥下障害（ 無 ・ 有 ）
 ◆言語障害（ 無 ・ 運動性失語 ・ 感覚性失語 ・ 構音障害 ・ 不明 ）
 ◆認知症高齢者日常生活自立度（ I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M ）
 ◆認知症（ 無 ・ 有： HDS MMSE ）

【リハビリ担当】
 ◆リハビリ担当者（職種： 〇〇〇〇 氏名： 〇〇〇〇）
 ◆嚥下リハ担当者（職種： 〇〇〇〇 氏名： 〇〇〇〇）

【口腔ケア担当】（職種： 〇〇〇〇 氏名： 〇〇〇〇）

【転帰状況・アウトカム】 退院日（ 〇〇/〇〇/〇〇 ）
 退院・転院基準（ 1 ・ 2 ・ 3 ） 在院日数（ 〇 ）
 転院先施設名（ 〇〇〇〇 ）
 死因（ 〇〇〇〇 ）
 パリアンスコード（ 〇〇〇〇 ）

【退院時情報】
 ◆意識障害（ 無 ・ 有 → 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ）
 ◆運動機能障害（ 無 ・ 右 ・ 左 ・ 運動失調 ・ 不明 ）
 ◆感覚障害（ 無 ・ 有 ・ 不明 ）
 ◆言語障害（ 無 ・ 運動性失語 ・ 感覚性失語 ・ 構音障害 ・ 不明 ）
 ◆高次脳機能障害（ 無 ・ 有 ・ 不明 ） ◆義歯（ 無 ・ 有 ）
 ◆嚥下障害（ 無 ・ 有 ） ◆食事介助量（ 自立 ・ 一部 ・ 全部 ）
 ◆食事形態（ 〇 ）
 ◆治療食（ 〇 ） ◆難聴（ 無 ・ 有 ）
 ◆睡眠（ 〇 ）
 ◆問題行動（ 〇 ） ◆監視・抑制（ 〇 ）
 ◆障害高齢者日常生活自立度（ J・A1・A2・B1・B2・C1・C2 ）
 ◆認知症高齢者日常生活自立度（ I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M ）
 ◆認知症（ 無 ・ 有： HDS MMSE ）
 ◆介護認定（ 無 ・ 申請中 ・ 有 → 介護度 [〇] ）

【全身管理】 栄養指導 胃ろう 経鼻経管栄養 中心静脈栄養管理
透析 酸素吸入 呼吸管理 喀痰吸引 気管切開
ストーマ管理 パルンカテテル その他（ 〇〇〇〇 ）

【関連施設・事業所】
 かかりつけ医（ 〇〇〇〇 ）
 ケアマネジャー（ 〇〇〇〇 ）
 介護事業所（ 〇〇〇〇 ）

【総合・説明】
主治医説明（疾患・予防・予後予測） オーバービューの説明
介護保険の説明・申請 ケアマネジャー決定 家屋調査・改修
介護指導 在宅の確認 サービス担当者会議
地域連携診療計画退院時指導料
その他（ 〇〇〇〇 ）

記入者サイン（ 〇〇〇〇 ）

維持期 在宅/入所（ 〇〇〇〇 ）

達成目標： 〇〇〇〇

診療所名/施設名（ 〇〇〇〇 ）
 主治医（ 〇〇〇〇 ）
 通院開始日/入所日（ 〇〇/〇〇/〇〇 ）

【治療】
内服薬（ 〇〇〇〇 INR目標値： 〇.〇 ）
外用薬（ 〇〇〇〇 ）

【治療中の他疾患】 〇〇〇〇

【リハビリ担当】
 ◆リハビリ担当者（職種： 〇〇〇〇 氏名： 〇〇〇〇）
 ◆嚥下リハ担当者（職種： 〇〇〇〇 氏名： 〇〇〇〇）

【口腔ケア担当】（職種： 〇〇〇〇 氏名： 〇〇〇〇）

【転帰状況・アウトカム】 転帰日（ 〇〇/〇〇/〇〇 ）
 退院・転院基準（ 1 ・ 2 ・ 3 ）
 転院先施設名（ 〇〇〇〇 ）
 死因（ 〇〇〇〇 ）
 パリアンスコード（ 〇〇〇〇 ）

【転帰時の状況】
 ◆意識障害（ 無 ・ 有 ） ◆言語障害（ 無 ・ 有 ）
 ◆運動機能障害（ 無 ・ 右 ・ 左 ・ 運動失調 ・ 不明 ）
 ◆感覚障害（ 無 ・ 有 ・ 不明 ） ◆嚥下障害（ 無 ・ 有 ）
 ◆高次脳機能障害（ 無 ・ 有 ・ 不明 ）
 ◆認知症高齢者日常生活自立度（ I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M ）
 ◆認知症（ 無 ・ 有： HDS MMSE ）
 ◆障害高齢者日常生活自立度（ J・A1・A2・B1・B2・C1・C2 ）

【介護サービス】
 ケアマネージャー（ 〇〇〇〇 ）
 介護担当施設名（ 〇〇〇〇 ）
 連絡先（ 〇〇〇〇 ）

【利用サービス等】
通院投薬 デイサービス 短期入所
訪問診療 訪問看護 通所介護
通所リハビリ 訪問リハビリ 訪問介護

【その他連絡事項】 〇〇〇〇

記入者サイン（ 〇〇〇〇 ）