

【 】病院 ⇒ 【 】御中 大腿骨近位部骨折地域連携パス

ID		氏名	様	
生年月日		年齢		
電話番号		性別		
住所				
診断名	(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) 大腿骨 (<input type="checkbox"/> 頸部・ <input type="checkbox"/> 転子部) 骨折			
受傷日	年 月 日	入院日	年 月 日	
入院時状況	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 病的骨折			
術式	<input type="checkbox"/> ORIF 【▼】 (術後10日で転院) <input type="checkbox"/> 人工骨頭置換術 【▼】 <input type="checkbox"/> THA (術後10日で転院)			
リハビリ開始日	年 月 日	手術日	年 月 日	

急性期病院：転院時情報	
医師情報	<input type="checkbox"/> 入院時常用薬継続 <input type="checkbox"/> 別紙内服一覧参照 他科診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
再診予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 時 分) 紹介元 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 】 記載者 【 】
看護師情報	記載者 【 】

リハビリテーション病院：転院時情報	
医師情報	最終転帰先: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設
看護師情報	記載者 【 】

【急性期】 退院時情報	【食事】 種類: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 治療食 : 【 】とろみ: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 エネルギー【 】kcal 形態: 主食 (<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥) 副食: <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト 【認知症】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 詳細: () ナースコール理解 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 リハ指示 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 【抑制】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 詳細: () 【排泄】 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル トイレ (<input type="checkbox"/> 介助要 <input type="checkbox"/> 不要) 【視力】 <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 少しは見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ 【口腔】 義歯 有 (<input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 部分) <input type="checkbox"/> 無 【聴力】 難聴 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 補聴器 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	骨粗鬆症治療薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 】 処方開始時期 (連携病院 記入) 急性期入院中 ・ 回復期入院中 ・ 退院後

地域連携情報	現病歴:	既往歴:	家族構成:
	体重 kg 薬物禁忌 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:		①キーパーソン: 様 (<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)
	身長 cm 食物禁忌 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:		(〒 -) 続柄
	血液型 <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> O型 <input type="checkbox"/> AB型 <input type="checkbox"/> 不明 アルギ ⁺ -他 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:		
	感染症:		
	<input type="checkbox"/> 自宅【 】人暮らし <input type="checkbox"/> 施設: <input type="checkbox"/> 病院: 住環境: マンション (階: エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 一戸建て (階段手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (玄関段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 浴室: 高さ cm・横 cm×縦 cm・深さ cm タイプ (<input type="checkbox"/> 埋め込み・ <input type="checkbox"/> 据え置き) 手すり (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) トイレ: <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 段差 <input type="checkbox"/> 有 (cm)・ <input type="checkbox"/> 無 寝具: <input type="checkbox"/> 布団・ <input type="checkbox"/> ベッド	訪問介護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 訪問看護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 通所介護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他:	【自宅内歩行時】 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 杖等: <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 非使用 装具: <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 非使用 【屋外歩行時】 杖等: <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 非使用 補助具: <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 非使用 その他:
	介護認定 有 (<input type="checkbox"/> 要介護▼ <input type="checkbox"/> 要支援▼) 有効期限: 【 / / 】・無 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 未申請) 入院時連携シート <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		自宅: 携帯:
	医療保険	障害手帳	②キーパーソン: 様 (<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女) (〒 -) 続柄
			自宅: 携帯:

大腿骨近位部骨折地域連携パス

【医療者用】NO.2

経過	入院日～手術前日	手術当日	術後1日目～2日目	術後3日目～9日目	術後10日目～14日目	術後15日目～退院日
目標	<input type="checkbox"/> 神経麻痺・危険行動を防止できる <input type="checkbox"/> 牽引処置・手術に対する理解ができる <input type="checkbox"/> 誤嚥・褥瘡を予防できる	<input type="checkbox"/> 術後合併症が予防できる <input type="checkbox"/> 疼痛コントロールができる <input type="checkbox"/> 危険行動が予防できる	<input type="checkbox"/> 術後合併症が予防できる <input type="checkbox"/> 疼痛コントロールができる <input type="checkbox"/> 危険行動が予防できる	<input type="checkbox"/> 創感染がない <input type="checkbox"/> 術後合併症がない	<input type="checkbox"/> 日常生活動作が拡大できる <input type="checkbox"/> 危険行動が予防できる	<input type="checkbox"/> 在宅・施設退院への準備が整う <input type="checkbox"/> 受傷前の歩行状態に近づく
治療	<input type="checkbox"/> （介達・直達）牽引（ ）kg <input type="checkbox"/> DVT予防 <input type="checkbox"/> 呼吸訓練	<input type="checkbox"/> 翌朝9時までベッドアップ 60mmHg 施行 <input type="checkbox"/> TIA・骨頭置換：股関節過度屈曲・内転・内旋禁 <input type="checkbox"/> 輸血（ ）単位	<input type="checkbox"/> 中止薬再開（ / / ） <input type="checkbox"/> ドレーン抜去（ / / ） <input type="checkbox"/> 輸血（ ）単位	<input type="checkbox"/> 創確認（術後7～9日目） <input type="checkbox"/> 全抜糸（ / / ） <input type="checkbox"/> 弾性ストッキング除去（ / / ） <input type="checkbox"/> 輸血（ ）単位		
薬剤	常用薬の確認 中止薬（ / / ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 】	手術開始時・術後6時間後抗生剤 Div	抗生剤 Div 朝・夕 → 鎮痛剤内服朝から開始 →	終了（ / / ） 終了（ / / ） 抗生剤内服（ / ~ / / ）		
検査	嚥下機能の評価（問題 有・無）採血・X-P <input type="checkbox"/> HDS-R（ ）点		採血	適宜採血・X-P	適宜採血・X-P	適宜採血・X-P
活動	<input type="checkbox"/> ベッド上安静、ベッドアップフリー <input type="checkbox"/> 免荷にて車椅子可	床上安静・介助側臥位可 全麻：ベッドアップ 60度 腰麻：ベッドアップ 30度 <input type="checkbox"/> 一時的な不穏状態有	車椅子で離床 <input type="checkbox"/> 全荷重 <input type="checkbox"/> 免荷 <input type="checkbox"/> 一時的な不穏状態有	<input type="checkbox"/> 免荷重の場合 （ / / ）全荷重開始 <input type="checkbox"/> 一時的な不穏状態有	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 一本杖 <input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 一本杖
栄養	栄養スクリーニング（ ）食	Dr 指示で飲水・軽食開始	元の食事へ			
清潔	清拭・洗髪・足浴・陰部洗浄適宜	洗面介助	洗面介助・清拭	<input type="checkbox"/> シャワー浴（ 月 日）		
排泄	排泄介助	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル挿入	<input type="checkbox"/> バルーン抜去（術後1日目）	排泄介助		
地域連携	<input type="checkbox"/> 地域連携システム説明 <input type="checkbox"/> 希望転院病院への連絡（ / / ）		<input type="checkbox"/> 転院先への術後情報提供	<input type="checkbox"/> 転院先への術後情報提供 7日目 FAX（ / / ）		<input type="checkbox"/> 退院時情報提供（ / / ）

日常生活機能評価	急性期：受傷前【 点】				急性期：転院時【 点】令和 年 月 日				リハビリテーション病院：退院時【 点】令和 年 月 日						
	得点0	得点1	得点2		得点0	得点1	得点2		得点0	得点1	得点2				
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かがつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない		寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かがつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない		寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かがつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない		
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない		座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない		座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない		
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要	<input type="checkbox"/> できない		移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要	<input type="checkbox"/> できない		移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要	<input type="checkbox"/> できない		
移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動	<input type="checkbox"/> 介助を要する移動			移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動	<input type="checkbox"/> 介助を要する移動			移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動	<input type="checkbox"/> 介助を要する移動			
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
他者への意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 出来る時と出来ない時がある	<input type="checkbox"/> できない		他者への意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 出来る時と出来ない時がある	<input type="checkbox"/> できない		他者への意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 出来る時と出来ない時がある	<input type="checkbox"/> できない		
診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある			危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある			危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある			
リハビリテーション	リハ経過				リハ経過				リハ経過						
					身体機能					身体機能					
					動作機能	FIM 運動項目： 点					動作機能	FIM 運動項目： 点			
					認知機能	HDS-R: 点、FIM 認知項目： 点 特記事項：					認知機能	HDS-R: 点、FIM 認知項目： 点 特記事項：			
					リスク	荷重制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 】 特記事項：					リスク	荷重制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 】 特記事項：			
PT 記載者【 】				その他					その他						