

大腿骨頸部骨折 板橋地域連携パス

維持期医療機関・施設名 ()

FAX 番号 ()

氏名・性別	様 男性・女性		
生年月日	M・T・S	年	月 日
住所			
連絡先			

維持期

居住場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 () <input type="checkbox"/> 再入院 ()		
アウトカム	再骨折の発生 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 移動の目標 <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成		
連携	内容	介護認定 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 介護度 ()	介護保険 サービス 利用状況
	連携確認日	/	/
治療経過に 影響を及ぼす 要因	既存疾病 (受傷前に治療して いた疾患)	骨粗鬆症の加療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Dr:) 薬剤名 () 治療中の疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Dr:) 疾患名: 高血圧症 脂質異常症 糖尿病 虚血性心疾患 不整脈 脳梗塞 気管支喘息 認知症 かかりつけ医 ()	
		生活状況(移動を中心に)	
日常生活状況	移動 食事 食事形態 排泄 清潔 ADL 精神状態	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 () <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 () ADL自立度 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 日常生活機能評価 (/ 19) 認知症状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M うつ状態 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 兆候あり () <input type="checkbox"/> 症状あり () <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行動	
	睡眠 痛み	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
看護・介護上問題点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 バルーン・尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
担当施設名	担当施設名 () TEL: -		
記載日・者	記載日 / 記載者 ()		

以上の内容を理解し、同意します。

患者署名

代理