

東近江地域連携パス ～脳卒中～ 【氏名: 様 年齢: 男・女】 ①

急性期病院	回復期病院	維持期リハビリテーション						
<p>現在の障害を説明します</p> <p>□運動障害 ()</p> <p>□ことばの障害</p> <p>□食べることの障害</p> <p>□排尿の障害</p> <p>□認知の障害</p> <p>□意識の障害</p> <p>□その他</p> <p>以上の障害でリハビリが必要です 詳しい評価は回復期でされます</p>	<p>3つのリハコースを説明します。 1ヶ月 ~ 3ヶ月 ケアが必要なことを説明します。</p> <p>段階に応じた移動動作の訓練を進めます。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;"> <p>軽症リハコース (BI 85-100)</p> <p>ひとりで歩ける</p> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td> <p>標準コース (BI 55-80)</p> <p>ひとりで座れる ひとりで立てる</p> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td> <p>重症コース (BI 0-50)</p> <p>ひとりで座れない</p> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	<p>軽症リハコース (BI 85-100)</p> <p>ひとりで歩ける</p>		<p>標準コース (BI 55-80)</p> <p>ひとりで座れる ひとりで立てる</p>		<p>重症コース (BI 0-50)</p> <p>ひとりで座れない</p>		<p>《在宅》</p> <p>生活習慣病の指導</p> <p>かかりつけ医選択 訪問診療 </p> <p>訪問介護 通所リハビリ 訪問看護 通所看護 </p> <p>2~3ヶ月ごとにケアプランをつくり方針を決定します。状況に応じて各種サービス利用が可能です。</p> <p>《在宅以外》</p> <p>療養型病床 介護老人保健施設</p>
<p>軽症リハコース (BI 85-100)</p> <p>ひとりで歩ける</p>								
<p>標準コース (BI 55-80)</p> <p>ひとりで座れる ひとりで立てる</p>								
<p>重症コース (BI 0-50)</p> <p>ひとりで座れない</p>								
<p>その他、身の回りの動作の訓練を進めます</p>								
<p>治療の継続・管理</p> <p>□高血圧のコントロール </p> <p>□抗血小板薬 </p> <p>□ワーファリン(PT-INR) </p>	<p>□コレステロールコントロール </p> <p>□血糖のコントロール </p> <p>□栄養管理</p> <p>□その他()</p>	<p>□胃瘻</p> <p>□気管切開</p> <p>*経過中に急変した時は急性期病院へ連携します </p>						
<p>在宅復帰、入所、転院の際にはいろいろな準備が必要です。主治医や看護師に相談しましょう。</p>								
<p>転院調整 </p> <p>介護保険の説明・申請 </p>	<p>認定調査 </p> <p>要介護認定: 未・済 (年 月 日)</p> <p>要介護認定: 未・済 (年 月 日)</p> <p>要介護認定申し込み日(年 月 日)</p> <p>要支援 1 . 2</p> <p>要介護 1 . 2 . 3 . 4 . 5</p>	<p>ケアマネジャー決定 (氏名:)</p> <p>ケアプラン決定 (年 月 日)</p> <p>転院入所調整 </p> <p>介護指導 </p> <p>家屋調査・改修 開始日(年 月 日) 最終日(年 月 日)</p> <p>サービス担当者会議 </p>						