

Data Base	病名: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 大腿骨骨折(<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 転子部 <input type="checkbox"/> 転子下)	既往歴:	アレルギー:
発症前情報	住居:	連絡先:	キーパーソン: (続柄:)
入院時情報	発症日:平成 年 月 日 入院日:平成 年 月 日	手術日:平成 年 月 日	手術名:
	症状:		発症後合併症:

適応基準	大腿骨近位部骨折(頸部、転子部、転子下)で手術を行い、連携パスを共有する医療機関と連携して治療を継続する場合	転院基準と時期の目安 退院基準と時期の目安	車椅子に乗車できる。創に問題がない(抜糸後) 受傷前の歩行状態に近くなり、在宅・施設の生活に適応できる	手術から21日前後 手術から90日以内
------	--	--------------------------	--	------------------------

達成目標 (アウトカム)	手術実施病院(王子総合病院)			転院先医療機関(<input type="checkbox"/> 苫小牧東病院 <input type="checkbox"/> 勤医協苫小牧病院)		在宅または施設
	手術後翌週まで	術後翌週	転院まで	入院日~1週間	退院まで	退院
患者状態	<input type="checkbox"/> 循環動態が安定している <input type="checkbox"/> 呼吸状態が安定している <input type="checkbox"/> 創痛が管理できている <input type="checkbox"/> 創に問題がない(持続出血がない) <input type="checkbox"/> 感染徴候がない	<input type="checkbox"/> 循環動態が安定している <input type="checkbox"/> 創痛が自制内(鎮痛剤を必要としない) <input type="checkbox"/> 創に問題がない(発赤や滲出液がない) <input type="checkbox"/> 感染徴候がない(発熱や創の異常がない)	<input type="checkbox"/> 創痛が自制内 <input type="checkbox"/> 創に問題がない <input type="checkbox"/> 感染徴候がない	<input type="checkbox"/> 創痛が自制内 <input type="checkbox"/> 創に問題がない <input type="checkbox"/> 感染徴候がない	<input type="checkbox"/> 感染徴候がない	<input type="checkbox"/> 骨折部の疼痛がほとんどない <input type="checkbox"/> 創部に問題がない
生活動作	<input type="checkbox"/> 坐位をとることができる(ベッド端坐位) <input type="checkbox"/> 車椅子に乗車できる(介助) <input type="checkbox"/> 転倒・転落がない	<input type="checkbox"/> 車椅子に乗車できる(自立または介助) <input type="checkbox"/> 歩行器歩行ができる(受傷前に歩行可能だった場合) <input type="checkbox"/> 転倒・転落がない(ベッドや車椅子からの転落、立位・歩行時の転倒がない)		<input type="checkbox"/> 受傷前に近い歩行状態への復帰 <input type="checkbox"/> 転倒・転落がない	<input type="checkbox"/> 車椅子移動が見守り又は介助 <input type="checkbox"/> 車椅子移動が自立で可能 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行が自立で可能	<input type="checkbox"/> 杖歩行が監視で可能 <input type="checkbox"/> 杖歩行が自立で可能 <input type="checkbox"/> 独歩が自立で可能
知識・理解	<input type="checkbox"/> 患部の安静について知っている <input type="checkbox"/> 脱臼防止の理解(人工骨頭の場合)	<input type="checkbox"/> 脱臼防止の理解(人工骨頭の場合) <input type="checkbox"/> 転院の必要性の理解(本人・家族)	<input type="checkbox"/> 脱臼防止の理解(人工骨頭の場合) <input type="checkbox"/> 転院の必要性の理解(本人・家族)	<input type="checkbox"/> 脱臼防止の理解(人工骨頭の場合)	<input type="checkbox"/> 脱臼防止の理解(人工骨頭の場合) <input type="checkbox"/> 退院後の生活の理解	<input type="checkbox"/> かかりつけ医への受診の必要性の理解(定期検診や異常を感じた時など)
合併症	<input type="checkbox"/> 腓骨神経麻痺がない(足趾、足関節の背屈ができ、シビレがない) <input type="checkbox"/> 褥瘡がない(仙骨部、背部、大転子部に発赤や潰瘍がない)	<input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症がない(腓腹部の腫脹や疼痛がない) <input type="checkbox"/> 術後創感染がない(手術創周囲の発赤・熱感・腫脹がない、排膿がない)	<input type="checkbox"/> 肺塞栓症がない(息苦しさがない) <input type="checkbox"/> 脱臼がない(人工骨頭の場合)	<input type="checkbox"/> 腓骨神経麻痺がない <input type="checkbox"/> 肺塞栓症がない <input type="checkbox"/> 術後創感染がない	<input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症がない <input type="checkbox"/> 褥瘡がない <input type="checkbox"/> 脱臼がない(人工骨頭の場合)	<input type="checkbox"/> 晚期創感染がない <input type="checkbox"/> 脱臼がない(人工骨頭の場合)
治療・処置	<input type="checkbox"/> 翌朝まで持続点滴 <input type="checkbox"/> 外転枕装着(人工骨頭のみ) <input type="checkbox"/> 弾性ストッキング装着 <input type="checkbox"/> 創処置(ドレーン抜去、フィルム貼付など) <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル抜去(/)	<input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 創処置(抜糸、抜釘) <input type="checkbox"/> 弾性ストッキング除去(歩行または荷重安定後) <input type="checkbox"/> 創フリー				<input type="checkbox"/> 必要に応じてかかりつけ医を受診、または訪問看護
検査	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血(最終検査日: 月 日) <input type="checkbox"/> レントゲン撮影(股関節)	<input type="checkbox"/> レントゲン撮影(股関節、毎週)(最終撮影日: 月 日)	<input type="checkbox"/> 評価のための検査(X-P、採血、検尿など)	<input type="checkbox"/> X-P撮影(股関節、1~2週毎に) <input type="checkbox"/> 採血(必要に応じて)	
薬剤	<input type="checkbox"/> 抗菌薬点滴(感染予防) <input type="checkbox"/> 指示あれば鎮痛剤の内服 <input type="checkbox"/> 薬剤管理(常用内服薬の再開など)	<input type="checkbox"/> 常用薬内服(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 看護師管理	<input type="checkbox"/> 常用薬内服 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 看護師管理	<input type="checkbox"/> 常用薬確認	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症治療薬処方への検討 <input type="checkbox"/> 常用薬内服(あれば)	<input type="checkbox"/> 常用薬内服(あれば)
生活動作リハビリ	<input type="checkbox"/> 端坐位・車椅子(術後翌日より) <input type="checkbox"/> 患肢への荷重 <input type="checkbox"/> 非荷重 <input type="checkbox"/> 部分荷重 <input type="checkbox"/> フリー ※リハビリ内容については、別紙(リハビリテーションプロトコル)参照	<input type="checkbox"/> 車椅子移動可 <input type="checkbox"/> 病棟内歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 患肢への荷重 <input type="checkbox"/> 非荷重 <input type="checkbox"/> 部分荷重 <input type="checkbox"/> フリー	<input type="checkbox"/> 車椅子移動可 <input type="checkbox"/> 病棟内歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 患肢への荷重 <input type="checkbox"/> 非荷重 <input type="checkbox"/> 部分荷重 <input type="checkbox"/> フリー	<input type="checkbox"/> 歩行練習(平行棒・歩行器・杖) <input type="checkbox"/> 立位動作練習 <input type="checkbox"/> ADL練習 <input type="checkbox"/> ベッド周り環境整備、補助具の検討	<input type="checkbox"/> 応用歩行練習(階段・屋外等) <input type="checkbox"/> 家庭訪問(適宜、本人家族との話し合い) <input type="checkbox"/> 外泊練習	<input type="checkbox"/> 退院時指導(介助・自己練習)
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭(背部・陰部)	<input type="checkbox"/> 清拭(背部・陰部) <input type="checkbox"/> シャワー浴(必要なら介助)	<input type="checkbox"/> 清拭(背部・陰部) <input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 全身清拭(介助) <input type="checkbox"/> 介助入浴	<input type="checkbox"/> 見守りまたは自立入浴	<input type="checkbox"/> 可能な限り入浴
排泄	<input type="checkbox"/> 排尿・排便は介助	<input type="checkbox"/> 尿便器での排泄(ベッド上) <input type="checkbox"/> トイレで排泄(必要なら介助)	<input type="checkbox"/> 尿便器での排泄(ベッド上) <input type="checkbox"/> トイレで排泄(必要なら介助)	<input type="checkbox"/> 尿便器での排泄(ベッド上) <input type="checkbox"/> トイレで排泄を介助	<input type="checkbox"/> トイレで排泄を監視 <input type="checkbox"/> トイレで排泄を自立	<input type="checkbox"/> 移動能力にあった排泄(ベッド上、ポータブルトイレ、通常トイレ)
食事	<input type="checkbox"/> 食事摂取(合併症などで必要あれば治療食)	<input type="checkbox"/> 食事摂取(合併症などで必要あれば治療食)	<input type="checkbox"/> 食事摂取(合併症などで必要あれば治療食)	<input type="checkbox"/> 食事摂取(病状やリハビリ状況に見合った)		<input type="checkbox"/> 食事摂取(病状やリハビリ状況に見合った)
説明指導調整	<input type="checkbox"/> 術後説明(医師より、転院時期についても) <input type="checkbox"/> 足関節運動の指導 <input type="checkbox"/> トイレ使用法の指導(車椅子) <input type="checkbox"/> 脱臼防止の指導(人工骨頭のみ)	<input type="checkbox"/> 退院・転院調整 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 看護情報 <input type="checkbox"/> 保清指導(シャワー浴) <input type="checkbox"/> 脱臼防止の指導(人工骨頭のみ) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳診断書・意見書作成(人工骨頭のみ)	<input type="checkbox"/> 退院・転院調整 <input type="checkbox"/> 転院についての医師の説明 <input type="checkbox"/> 転院時必要書類 <input type="checkbox"/> 地域連携パス <input type="checkbox"/> 看護添書 <input type="checkbox"/> リハビリ添書 <input type="checkbox"/> 退院証明書	<input type="checkbox"/> 入院時の説明(リハビリや治療期間など) <input type="checkbox"/> インテーク情報収集	<input type="checkbox"/> リハビリカンファレンス 総合実施計画書説明・同意 <input type="checkbox"/> 退院時の説明(通院や介護保険関連など) <input type="checkbox"/> 退院時必要書類 <input type="checkbox"/> 退院後サービスへの情報提供 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 退院時診療情報提供書(王子総合病院へ) <input type="checkbox"/> リハビリサマリー(経過記録)(王子総合病院へ) <input type="checkbox"/> 退院時診療情報提供書(転出先へ)
退院時情報	【退院時診療情報提供書】退院日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 身長 cm <input type="checkbox"/> 体重 kg 病前の移動手段: <input type="checkbox"/> 歩行(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)(<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> ベッド上 転院時の移動手段: <input type="checkbox"/> 歩行(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)(<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> ベッド上 栄養: <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻) <input type="checkbox"/> その他() 認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 有り MMSE/HDS-R 点 <input type="checkbox"/> 転倒・転落アセスメントスコア 点 酸素使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 吸引使用: <input type="checkbox"/> 有(頻度) <input type="checkbox"/> 無 気管切開: <input type="checkbox"/> 有(使用カニューレ 号) <input type="checkbox"/> 無 褥瘡: <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 感染: <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 日常生活機能評価:合計点 点 BI: 点 主治医: _____			【退院時診療情報提供書】退院日: 年 月 日 転院先: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関() <input type="checkbox"/> その他() 移動手段: <input type="checkbox"/> 歩行(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助) 栄養: <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻) <input type="checkbox"/> その他() 利用サービス: <input type="checkbox"/> 訪問サービス(<input type="checkbox"/> リハビリ、 <input type="checkbox"/> 介護、 <input type="checkbox"/> 看護、 <input type="checkbox"/> 入浴) <input type="checkbox"/> 通所サービス(<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 介護) <input type="checkbox"/> 住宅改修、福祉用具貸与・購入() 身障者手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(級) 介護保険: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(介護度) 日常生活機能評価:合計点 点 FIM: 点 主治医: _____		