

【医療者用の大腿骨頸部骨折の場合の地域連携クリティカルパスの例】

左欄に、転院前(最初の)病院で行った治療の経過を記載し、右欄に、転院先病院に依頼する目標を記載して引き継ぎます。

〇〇〇〇病院 担当者殿

前略。下記患者様が貴院へ転院されましたので御報告致します。

【〇〇〇〇様経過報告書兼依頼書】 目標：受傷前歩行能力〇〇〇レベル

〇歳：男・女性 診断名：右・左大腿骨頸部骨折

手術：平成〇〇年〇月〇日 ャーネイル法施行

経過	入院日 〇/〇	手術日 〇/〇	術後1日	術後2日	術後3~4日	術後5日~3週 〇/〇転院
食	<input type="checkbox"/> 食事は夕食まで <input type="checkbox"/> 飲水は22時まで	<input type="checkbox"/> 排便後、お腹の動く音を 確認後、飲水できます その後、食事再開です	<input type="checkbox"/> 制限ありません		<input type="checkbox"/> リハ室にて訓練開始	
活	<input type="checkbox"/> 痛みに応じて鎮痛 で引っこ返ります ・(強くないように)	<input type="checkbox"/> 手術が終わって3時間は ベッド上安静です	<input type="checkbox"/> 看護で訓練します <input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 坐れます	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 平行歩行での起立から徐々に 歩き始めます	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 右の項目を参考に受傷前の 歩行レベルを目標に 頑張ってください	
ハ	<input type="checkbox"/> 調子の指導・説明 〇/〇	<input type="checkbox"/> おこせませ	<input type="checkbox"/> 車椅子で 移動出来ます	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	
リ	<input type="checkbox"/> 病室にて訓練開始 〇/〇		<input type="checkbox"/> 車椅子で 移動出来ます	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	
排	<input type="checkbox"/> 排便の確認を します	<input type="checkbox"/> 排便おしっこの管が はいっています	<input type="checkbox"/> おしっこの管が抜けて トイレで可能です		<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	
処	<input type="checkbox"/> 必要に応じて毛を 剃ります		<input type="checkbox"/> ガーゼ交換があります (月・水・金・土曜)	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 術後8日目までに全抜糸です <input type="checkbox"/> 全抜糸後次のガーゼ交換日に 傷口の確認があります	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇
保	<input type="checkbox"/> 可能であれば 清潔に入浴できます		<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇
内	<input type="checkbox"/> 持参薬の確認	<input type="checkbox"/> 麻酔科医の指示にて薬の 調整をすることがあります	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇
輸	<input type="checkbox"/> 化痰止咳の注射の カストがあります	<input type="checkbox"/> 術前に化痰止咳の 点滴があります	<input type="checkbox"/> 術中化痰止咳の点滴があります	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇
過	<input type="checkbox"/> 必要に応じて 鎮痛剤(坐薬)使用	<input type="checkbox"/> 術後500mgの点滴が 2本あります	<input type="checkbox"/> 必要に応じて鎮痛剤 (坐薬)使用	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇
検	<input type="checkbox"/> 必要時に血球検査 <input type="checkbox"/> 血料受診があります	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 血球検査	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇
製	<input type="checkbox"/> 入院時説明	<input type="checkbox"/> 術後説明	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇
明	<input type="checkbox"/> 手術前説明 <input type="checkbox"/> 麻酔科医師診察 <input type="checkbox"/> 手術室看護師説明	<input type="checkbox"/> 術後説明	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇

目標	平行歩行内起立 〇/〇	平行歩行内歩行へ 〇/〇	歩行器歩行へ 〇/〇	一本杖歩行へ	階段昇降へ 屋外歩行へ
上	<input type="checkbox"/> 車椅子に 坐れる	<input type="checkbox"/> 立位保持ができる	<input type="checkbox"/> 平行歩行歩行ができる	<input type="checkbox"/> 一人で歩行器・ 両松葉杖歩行ができる	<input type="checkbox"/> 一本杖歩行 が安定
目	<input type="checkbox"/> 全身状態が 立位に 耐える	<input type="checkbox"/> 全身状態が 歩行に耐える	<input type="checkbox"/> 平行歩行歩行で膝が グラグラしない	<input type="checkbox"/> 患側での荷重が 十分可能	<input type="checkbox"/> 一本杖歩行 が安定
移	<input type="checkbox"/> 立位で 「もも」に 力が入る	<input type="checkbox"/> 良い方の足を前へ 出すことが できる	<input type="checkbox"/> 一人で平行歩行を 最低1往復 歩ける	<input type="checkbox"/> 平行歩行を片手 支持で歩行できる	<input type="checkbox"/> 一人で院内を 一本杖で歩ける
目	<input type="checkbox"/> 捕まって 立てる	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇	<input type="checkbox"/> 〇/〇 <input type="checkbox"/> 〇/〇

ADL評価表

	受傷前		退院時		看護制限：無し 関節可動域：股関節屈曲〇度、伸展〇度、外転〇度 膝関節屈曲〇度、伸展〇度
	有る	無し	有る	無し	
側面行動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腕関節：無し
歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	筋力：中殿筋 大腸四頭筋
歩行距離	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	プログラム： #1： #2： #3：
移乗動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	コメント：
トイレ動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成〇〇年〇月〇日 〒860-0008 熊本市〇の丸1-5 国立熊本病院 〇〇〇〇
食事動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	いつでも 御連絡下さい
更衣動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☎(代表) 096-353-6501 (FAX) 096-325-2519
基本動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	