

患者氏名[

] 男性・女性

生年月日

年

月

日生

[

] 歳

茨城県心不全地域連携診療計画書

急性期医療機関

入院日 年 月 日			
施設名 ()			
主治医 ()			
入院時の症状	呼吸困難・浮腫・その他()		
心不全の状態	症状が強く、酸素投与や静注治療薬が必要な状態		
経過	超急性期 入院～数日	安定期 数日～約2週間	退院日(/)
達成目標	<input type="checkbox"/> 安静を守ることが出来る。 <input type="checkbox"/> 呼吸が楽になる。	<input type="checkbox"/> 酸素投与が終了する。 <input type="checkbox"/> 心不全手帳を使用 <input type="checkbox"/> 内服薬の必要性が理解できる。 <input type="checkbox"/> 生活習慣の問題点が理解できる。 <input type="checkbox"/> 退院に向けて多職種で話し合いを行う。	<input type="checkbox"/> 呼吸状態が入院前の状態になる。 <input type="checkbox"/> 服薬管理が出来る。 <input type="checkbox"/> 心不全手帳を記載できる。
治療処置検査	<ul style="list-style-type: none"> 安静、酸素投与、薬物治療(点滴、内服)を行います。 病状に応じて採血、レントゲン、心電図などを行います。 必要に応じてカテーテル検査や治療、ペースメーカー治療、陽圧呼吸による治療等を行います。 		
食事栄養	<ul style="list-style-type: none"> 原則、病院食以外は食べられません。 医師の指示の下、食事内容を変更します。 医師の指示の下、適切な水分摂取量の指導を行います。 心不全治療のための栄養指導を行います。 		
リハビリ活動	<ul style="list-style-type: none"> 筋力低下を予防し、日常生活動作を改善するため、医師の指示の下、早期からの心臓リハビリテーションを行います。 状態に応じて医師の指示の下、安静度が変更します。 		
説明指導	<input type="checkbox"/> 医師:病状説明 <input type="checkbox"/> 看護師:生活指導 <input type="checkbox"/> 理学療法士:運動指導 <input type="checkbox"/> 薬剤師:薬剤指導 <input type="checkbox"/> 栄養士:栄養指導		
社会的項目	必要に応じて今後のことについて相談します。 <input type="checkbox"/> 退院支援 <input type="checkbox"/> 介護サービス等の利用 <input type="checkbox"/> 医療費について <input type="checkbox"/> 社会復帰について(就労・就学)		

回復期医療機関

転院日 年 月 日			
施設名 ()			
主治医 ()			
転院時の症状	呼吸困難・浮腫・その他()		
心不全の状態	症状は安定したが入院治療の継続やリハビリが必要な状態		
経過	転院日～退院 入院期間:おおよそ1～3か月程度	退院日(/)	
達成目標	<input type="checkbox"/> 呼吸状態が悪化しない。 <input type="checkbox"/> リハビリテーションが目標に達している。 <input type="checkbox"/> 服薬管理が出来る。 <input type="checkbox"/> 体重と水分の管理が出来る。 <input type="checkbox"/> 心不全手帳を記載できる。 <input type="checkbox"/> 退院に向けて多職種で話し合いを行う。		
治療処置検査	<ul style="list-style-type: none"> 病状に応じて採血、レントゲン、心電図などを行います。 内服薬や点滴を調整しながら治療を継続します。 		
食事栄養	<ul style="list-style-type: none"> 原則、病院食以外は食べられません。 医師の指示の下、食事内容を変更します。 医師の指示の下、適切な水分摂取量の指導を行います。 必要時、栄養指導を行います。 		
リハビリ活動	<ul style="list-style-type: none"> 筋力低下を予防し、日常生活動作を改善するため、医師の指示の下、リハビリテーションを行います。 状態に応じて医師の指示の下、安静度が変更します。 		
説明指導	<input type="checkbox"/> 医師:病状説明 <input type="checkbox"/> 看護師:生活指導 <input type="checkbox"/> 理学療法士:運動指導 <input type="checkbox"/> 薬剤師:薬剤指導 <input type="checkbox"/> 栄養士:栄養指導		
社会的項目	必要に応じて今後のことについて相談します。 <input type="checkbox"/> 退院支援 <input type="checkbox"/> 介護サービス等の利用 <input type="checkbox"/> 医療費について <input type="checkbox"/> 社会復帰について(就労・就学)		

維持期・生活期医療機関

転院日 年 月 日			
施設名 ()			
主治医 ()			
紹介時の症状	呼吸困難・浮腫・その他()		
心不全の状態	症状がおおむねコントロールされ、自宅での生活が可能な状態		
達成目標	<input type="checkbox"/> 内服治療を継続し、食事・活動などの生活習慣に気をつけながら、再発予防が出来る。 <input type="checkbox"/> 心不全手帳を毎日記載する。		
治療検査	<ul style="list-style-type: none"> 内服治療を継続します。 体重・血圧管理を行います。 病状に応じて採血、レントゲン、心電図などを行います。 再発予防に取り組みます。 		
食事栄養	<ul style="list-style-type: none"> 塩分摂取量、水分摂取量について適切な指導を行います。 		
リハビリ活動	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活の維持に向けて、筋力低下予防の運動指導を行います。 		
説明指導	<input type="checkbox"/> 医師:病状説明 <input type="checkbox"/> 看護師:生活指導		
社会的項目	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて療養支援について相談を受けます。 		