

# 地域連携診療計画書

**脳卒中の初期症状をチェックするFAST(ファスト)**  
 Face 顔の麻痺 笑顔を作ってみましょう ✓顔の片側が下がってるまたは歪んでいる  
 Arm 腕の麻痺 腕を前にあげてみましょう ✓片腕に力はいらない  
 Speech ことばの障害 短い文章を話してみましょう ✓ろれつが廻らない、言葉がでない  
**1つでも症状があれば・・・**  
 Time 発症時刻を確認し、すぐに救急車を呼びましょう。

ふりがな		生年月日		診断名		発症日		入院日	
氏名									

病院名	1					回復期病院 (40日～100日：障害により異なります)			維持期医療機関・施設			自宅(かかりつけ医)		
退院基準【達成目標】						①回復期の治療が終わる ②介護で生活できる ③肺炎や悪性腫瘍の兆候がない			①安定した状態で生活できる ②施設内でのケアになじめる ③重篤な合併症を発生しない ④再発なく1年目を迎えられる ⑤日常生活の動作に悪化がない			①再発なく1年目を迎えられる ②日常生活の動作に悪化がない ③自分の健康に留意できる		
経過	入院日	発症～1週目	1～2週目	2週目～退院決定	退院前	入院時	約40日～100日	退院前	入院時～			退院時～1年後		
治療内容	診断と治療の決定。	病状に応じた適切な治療を行います。	症状により治療・離床・リハビリを進めます。	退院あるいは転院の準備をします。		入院当初より退院生活を想定し、リハビリテーションを行います。			再発予防に最適な治療を行います。転倒予防と健康生活の維持を図ります。現在できる身の回り動作を続け、できる事を増やしましょう。閉じこもりを避け、社会参加を進めましょう。					
検査	CT/MRIなど	血液検査、CT、MRI、頭部血管造影検査などの検査を行います				血液検査など必要に応じた検査をします。			血液検査など必要に応じた検査をします。			かかりつけ医で定期的診察・検査を受けましょう。		
薬剤	常用薬・中止薬を確認します。	はじめは点滴ですが、後に内服薬にかわります。		薬剤師からクスの説明・指導があります。		持参薬の確認と内服を継続します。		内服薬の管理者及び管理方法を決定します。		持参薬の確認と内服を継続します。		再発予防の薬の内服を忘れないようにしましょう。		
リハビリ	今後のリハビリの計画などを説明します。	日常生活の動作を確認し、状態に合わせた訓練を行います。			再度、日常生活の動作を確認します。		状態や環境に応じ日常生活の自立を目標に訓練を進めます。(家事や買い物訓練など生活に関連した動作の訓練も行います。)			日常生活の動作訓練をします。レクリエーションにも参加してみましょう。		状況により各種サービスを利用しましょう。(通所リハビリテーション、訪問介護、訪問入浴など)		
食事	飲食できません。	食事が開始されます。経管栄養の場合もあります。		栄養管理の指導があります。		評価をもとに経口摂取もしくは経腸栄養での栄養摂取を行います。		自宅での訓練法や栄養管理などを学びます。		二次予防(急性期～) 血圧の管理 糖尿病チェック 高脂血症チェック 喫煙チェック 肥満チェック(腹囲)		最終到達目標 ①円滑な連携がとれる ②大きな合併症を起こさない ③再発を起こさない ④1年後検査が受けられる 		
清潔整容など	身体清拭します。	状態に応じてシャワーまたは入浴ができます。			生活の流れにあわせ、入浴や清拭を行います。		出来る限りトイレでの排泄を行います。							
排泄	床上または介助・見守りをしトイレで排泄をします。導尿を行う場合もあります。		状態に応じて、排泄方法を選択します。											
患者・家族への説明など	検査結果と治療方針の説明があります。		今後の方向性などスタッフと相談し決定します。		地域連携室担当者が転院先や地域に連携を取り、退院後の調整をします。		症状と今後のリハビリの計画について説明をします。		介護保険の申請やケアマネジャーの選定をし、在宅等で安心して過ごすための準備をします。		今後の方向性について検討し、相談や支援を行います。		再発予防のため、かかりつけ医をもちましょう。	
退院時状態など	ADL自立内容(BI)	日常生活機能評価	主治医		ADL(FIM)	日常生活機能評価	主治医		ADL(FIM)	日常生活機能評価	主治医		1年後の日常生活機能評価	主治医

治療計画の説明を受けました。地域連携診療計画書を使用しての連携を行うこと、また連携する医療機関等への情報提供に同意します。

急性期 年 月 日  
署名 続柄

回復期 年 月 日  
署名 続柄

維持期 年 月 日  
署名 続柄



※上記の内容は、計画であり患者さまの状態などにより変更がありますので、ご了承ください。