

患者氏名 [_____]	性別
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	(水戸済生会総合病院)																										
主治医	(循環器内科)																										
入院時の症状	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> その他 (_____)																										
心不全の状態	症状が強く、酸素投与や静注治療が必要な状態																										
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	・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	・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	・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	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> 医師</td><td>: 病状説明</td><td>_____</td><td>日付</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 看護師</td><td>: 生活指導</td><td>_____</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 理学療法士</td><td>: 運動指導</td><td>_____</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 薬剤師</td><td>: 薬剤指導</td><td>_____</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 栄養士</td><td>: 栄養指導</td><td>_____</td><td>1回目 _____ 2回目 _____</td></tr><tr><td colspan="4" style="text-align: center;">外 来</td></tr></table>			<input type="checkbox"/> 医師	: 病状説明	_____	日付	<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	_____	1回目 _____ 2回目 _____	外 来			
<input type="checkbox"/> 医師	: 病状説明	_____	日付																								
<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	_____	1回目 _____ 2回目 _____																								
外 来																											
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	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 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	・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	・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	・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	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> 医師</td><td>: 病状説明</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 看護師</td><td>: 生活指導</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 理学療法士</td><td>: 運動指導</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 薬剤師</td><td>: 薬剤指導</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 栄養士</td><td>: 栄養指導</td><td>_____</td></tr></table>		<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	_____
<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	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 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	・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	・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	・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	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> 医師</td><td>: 病状説明</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 看護師</td><td>: 生活指導</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> 医師	: 病状説明	<input type="checkbox"/> 看護師	: 生活指導
<input type="checkbox"/> 医師	: 病状説明				
<input type="checkbox"/> 看護師	: 生活指導				
社会的項目	・必要に応じて療養支援について相談を受けます。				