

患者氏名

生年月日 年 月 日 生

岡山県の急性心筋梗塞地域連携診療計画書

<2021年9月改訂版>

入院日 年 月 日

地域連携計画説明日 年 月 日

(患者様及び家族への説明日)

急性期病院 () 病院)

主治医: () 他の担当者: ()

経過	入院時および入院中 (入院期間: およそ2週間程度)	コメント	退院支援
経過	病名(検査、手術名)、手術日等を記載		退院日 年 月 日
達成目標・退院転院基準	<input type="checkbox"/> 自宅退院 <input type="checkbox"/> 一般・療養型病床 <input type="checkbox"/> 介護施設等	<input type="checkbox"/> 急性期の症状が改善しており、(外来通院・転院)での治療継続が可能 <input type="checkbox"/> 適切な薬物療法が開始されている <input type="checkbox"/> 抑うつ症状やせん妄などの精神症状がコントロールできている <input type="checkbox"/> 基本的に静注薬や酸素吸入が不要 (ただし、病状により在宅酸素、陽圧換気療法は継続の場合あり) <input type="checkbox"/> 服薬指導、栄養指導、リハビリテーションを含めた生活指導が出来ている <input type="checkbox"/> 退院、転院に向けた地域連携のカンファレンスが複数種で出来ている ※1 ()	
治療薬剤処置	<input type="checkbox"/> 共通した治療として安静、酸素投与 <input type="checkbox"/> 薬物(点滴、内服) <input type="checkbox"/> 服薬指導(薬剤師等)	<input type="checkbox"/> 内服薬の調整 <input type="checkbox"/> 服薬指導(薬剤師等)	
特殊治療	<input type="checkbox"/> カテーテル検査、治療 <input type="checkbox"/> ベースメカ治療 <input type="checkbox"/> 陽圧呼吸による治療 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 退院6ヶ月後 <input type="checkbox"/> カテーテル検査(冠動脈CT・心臓シンチグラム)	
食事栄養指導	患者様の状態に合わせた治療食を提供します。 <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> 水分摂取制限 <input type="checkbox"/> 栄養指導(管理栄養士等)		
活動度リハビリ	医師の指示により心臓リハビリを行い、経過を見ながら活動度をアップさせます。 (理学療法士、作業療法士、看護師など)		
清潔排泄	* 病状により指示をします。 <input type="checkbox"/> 洗面や清拭の介助 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 一般トイレ		
医療相談	今後のことについて相談します。 <input type="checkbox"/> 退院支援 <input type="checkbox"/> 介護サービスなどの利用 <input type="checkbox"/> 医療費について		

同意書(本人又は家族のサイン)

年 月 日

氏名 (続柄)

日常生活機能評価

年 月 日 合計点 点

退院時の患者の状態

主治医

※1 退院・転院基準について、必要なコメントがあれば()内にお示しします。

地域連携計画説明日 年 月 日 (患者様及び家族への説明日)

かかりつけ医() 主治医: ()

在宅基準 軽度の機能障害はあるものの自宅での生活に支障がない

経過	病状が安定している限り継続通院	6ヶ月後
経過		
検査	<input type="checkbox"/> 体重・血圧管理 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 画像検査	急性期病院の検査があります
治療薬剤	薬剤管理を行います 内服治療を継続します	
指導	食事(栄養)指導を行います 運動指導を行います	
相談	療養支援について相談を受けます	

地域連携計画説明日 年 月 日 (患者様及び家族への説明日)

一般・療養型病床() 主治医: ()

転院基準 軽度の機能障害はあるものの自宅での生活に支障がない

経過	入院時及び入院中(入院期間およそ1ヶ月)	退院支援
経過		
退院基準	<input type="checkbox"/> 生活指導が出来ている <input type="checkbox"/> 退院に向けた地域連携のカンファレンスが複数種で出来ている	
検査	<input type="checkbox"/> 体重・血圧管理 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 画像検査	
治療薬剤	薬剤管理を行います 内服治療を継続します	
指導	患者様の状態(嚥下、栄養)に併せた治療食を提供し、食事について指導します。 病状に応じたリハビリを行い、運動指導を行います。	
相談	療養支援について相談を受けます	

同意書(本人又は家族のサイン)

年 月 日

氏名 (続柄)

日常生活機能評価

年 月 日 合計点 点

退院時の患者の状態

主治医

この計画書は安心ハート手帳とセットで使用します。

急性心筋梗塞は、医療機関同士の連携が必要になる病気です。普段の診察はかかりつけ医療機関が行いますが、定期的な検査のために急性期医療機関にかかることも必要です。あなたの状態を各医療機関で適切に把握するためにこの連携計画書を活用します。

入所基準 セルフケアに介助を要するが家族が介助困難

地域連携計画説明日 年 月 日 (患者様及び家族への説明日)

施設() 担当者: ()

経過	状態に応じて期間を決定
経過	
検査	<input type="checkbox"/> 体重・血圧管理
治療薬剤	<input type="checkbox"/> 診療に関してはかかりつけ医及び急性期病院が行います <input type="checkbox"/> 服薬管理を行います
指導	<input type="checkbox"/> 患者様の状態(嚥下、栄養)に併せた治療食を提供し、食事について指導します <input type="checkbox"/> 病状に応じたリハビリを行い、運動指導を行います
相談	療養支援について相談を受けます

同意書(本人又は家族のサイン)

年 月 日 (続柄)

氏名 (続柄)

日常生活機能評価

年 月 日 合計点 点

主治医