

患者氏名

生年月日 年 月 日 生

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)

岡山県の心不全地域連携診療計画書

この計画書は安心ハート手帳(心不全版)とセットで使用します。

在宅基準 軽度の機能障害はあるものの自宅で生活に支障がない
年 月 日

急性期病院 (病院)

主治医: 他の方担当者:

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"/> 回復期病院 <input type="checkbox"/> 自宅退院 <input type="checkbox"/> 介護施設等	<input type="checkbox"/> 心不全の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"/> 心不全の増悪因子がコントロール出来ている <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必要 (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・検査	<input type="checkbox"/> カテーテル検査、治療 <input type="checkbox"/> ペースメーカー治療 <input type="checkbox"/> 陽圧呼吸による治療 <input type="checkbox"/> その他()		
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。

転院基準 改善の見込みのある機能障害が残存しておりリハビリの継続が必要
転院日 年 月 日

地域連携計画説明日 回復期病院ないし療養型病棟、施設 ()

年 月 日 主治医: 他の方担当者:

転院日 ~ 退院 (入院期間: およそ1ヶ月程度)		コメント	退院支援
経過			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	<input type="checkbox"/> リハビリがゴールに達している <input type="checkbox"/> 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 ()	※1 ()
治療薬剤処置	<input type="checkbox"/> 内服治療を継続		<input type="checkbox"/> 内服薬の調整 <input type="checkbox"/> 服薬指導(薬剤師等)
食事栄養指導	患者様の状態(嚥下、栄養)に合わせた治療食を提供します。 <input type="checkbox"/> 塩分摂取量の指導 <input type="checkbox"/> 水分摂取量の指導		
活動度リハビリ	病状に応じたリハビリを行い、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

かかりつけ医 ()

地域連携計画説明日 主治医: 他の方担当者:

年 月 日

病状が安定している限り
検査 体重・血圧管理を行います 状態に応じて、血液検査、画像検査を行います
治療 内服治療を継続します 再発予防に取り組みます
相談 療養支援について相談を受けます

転院基準 セルフケアの介助とともに継続した医療が必要
転院日 年 月 日

一般・療養型病床 ()

地域連携計画説明日 主治医: 他の方担当者:

年 月 日

状態に応じて期間を決定
治療 内服を中心に治療を継続します
リハ リハビリを継続します

入所基準 セルフケアに介助を要するが家族が介助困難
入所日 年 月 日

地域連携計画説明日 施設 ()

年 月 日 担当者:

状態に応じて期間を決定
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)

日常生活機能評価

年 月 日 合計点 点

<2021年9月改訂版>