

心不全地域連携診療計画書 兼 同意書

この計画書は「あらお健康手帳」とセットで使用します。最終同意後、荒尾市立有明医療センターへ郵送して下さい。

患者氏名 :	生年月日 : 年 月 日 (歳)
--------	--------------------

診療計画策定病院 : 荒尾市立有明医療センター	
入院日 : 年 月 日	病名 :
主治医 :	症状 :

経過	超急性期	安定期	退院日 (転院日)
	入院日～数日	数日～約2週間	/
達成目標 退院基準	<ul style="list-style-type: none"> ・安静を守ることができる ・呼吸が楽になる ・体重が減る 	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸状態が改善する ・退院に向け多職種で話し合いを行う 以下について理解できる ・内服薬の必要性 ・生活習慣の問題点 	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸状態が入院前の状態になる ・服薬管理ができる
治療・処置 検査	<ul style="list-style-type: none"> ・病状に応じて安静・酸素投与・点滴を含めた薬物治療を行います ・病状に応じて、採血・心電図・超音波・レントゲン・尿検査を行います ・必要に応じてカテーテル検査や治療、ベースメーカー治療・陽圧呼吸による治療を行います 		
食事・栄養	<ul style="list-style-type: none"> ・病院食以外は食べられません ・医師の指示の下、適切な水分摂取量の指導を行います ・医師の指示の下、食事内容を変更します ・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 		
清潔・排泄	<ul style="list-style-type: none"> 状態に応じて、医師の指示の下、指示をします ・洗面・清拭・洗髪・シャワー浴・ベッド上排泄・尿道留置カテーテル・ポータブルトイレ ・一般トイレ 		
説明・指導	医師 : 病状説明 看護師 : 入院生活の説明 薬剤師 : 薬の確認	必要に応じて指導を行います <ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士 : 運動指導 ・看護師 : 生活指導 ・薬剤師 : 薬剤指導 ・栄養士 : 栄養指導 	
医療相談	今後の事について相談します <ul style="list-style-type: none"> ・退院支援 ・介護サービス等の利用 ・医療費について ・社会復帰について 		

上記項目について説明を受け、十分理解しましたので、同意します。	
説明者 :	説明を受けた方 :
年 月 日	

連携病院 :	
転院日 :	年 月 日 主治医 :
転院基準	<ul style="list-style-type: none"> ・心不全に対する入院治療やリハビリテーションの継続が必要 ・侵襲的な高度治療は必要としないが、施設や自宅での生活を行えるようにする
経過	転院日～退院 (入院期間 : 1 ～ 3 か月程度) 退院日 : 月 日
達成目標 退院基準	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸状態が悪化しない ・服薬管理ができる ・体重と水分管理ができる ・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・心電図・レントゲン検査を行います ・内服薬を調整しながら治療を継続します ・必要時、薬剤指導を行います
食事・栄養	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の指示のもと、塩分、水分制限があります ・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、早期からの心臓リハビリテーションを行います ・必要時、生活指導を行います
清潔・排泄	<ul style="list-style-type: none"> 状態に応じて医師の指示の下指示をします ・洗面・清拭・洗髪・シャワー浴・ベッド上排泄・尿道留置カテーテル ・ポータブルトイレ・一般トイレ
医療相談	<ul style="list-style-type: none"> 今後の事について相談します。 ・退院支援 ・介護サービス等の利用 ・医療費について ・社会復帰について
上記項目について説明を受け、十分理解しましたので、同意します。	
年 月 日	
説明者 :	説明を受けた方 :

かかりつけ医 :	
受診日 :	年 月 日 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
達成目標 退院基準	<ul style="list-style-type: none"> ・心不全手帳を活用しながら内服治療を継続し、食事や活動など生活習慣に気をつけながら再発を予防できる
治療・検査	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて採血・レントゲンなどの検査、内服管理を行います
生活	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の指示の下、食事や水分などの制限を守り、必要時はリハビリを継続しながら日常生活を送ることができるよう指導します
上記項目について説明を受け、十分理解しましたので、同意します。	
年 月 日	
説明者 :	説明を受けた方 :