

患者氏名 [] 男性・女性

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	()		
主治医	()		
入院時の症状	呼吸困難・浮腫・その他 ()		
心不全の状態	症状が強く、酸素投与や静注治療薬が必要な状態		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<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。 		
説明指導	<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）		

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	呼吸困難・浮腫・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<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、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	<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	呼吸困難・浮腫・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<input type="checkbox"/> 医師：病状説明 <input type="checkbox"/> 看護師：生活指導		
社会的項目	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて療養支援について相談を受けます。 		

