

心不全地域連携診療計画書 心不全手帳とセットで使用します

患者ID \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_

入院日 年 月 日

地域連携診療計画書説明日 年 月 日

急性期病院( 益田赤十字病院 ) 主治医( ) 担当医( ) 看護師( )

| 経過・日付    | 退院日( 年 月 日)  |  |  |
|----------|--|--|--|
|          | 初期   | 中期   | 退院準備期  |
| 達成目標退院基準 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・安静を守ることができる</li> <li>・呼吸が楽になる</li> <li>・体重管理の必要性を知る(現体重 kg)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・心不全手帳を交付し記載する</li> <li>・疾患と生活習慣の関連がわかる</li> <li>・生活習慣の問題点を認識できる</li> <li>・内服薬の必要性が理解できる</li> <li>・目標体重が設定できる( kg)</li> </ul> | <b>【退院基準】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸状態が入院前の状態になる</li> <li>・服薬管理ができる</li> <li>・体重管理ができる(目標 kg)</li> <li>・水分管理ができる( ml/日)</li> </ul> |
| 治療・処置・検査 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・状態に応じて、採血・心電図・超音波検査・レントゲン・尿検査などを行います</li> <li>・特殊治療( <input type="checkbox"/>陽圧呼吸による治療 <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"/>その他 )</li> </ul> |  |  |
| 点滴内服     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴をします</li> <li>・普段服用されているお薬を確認します(必要に応じてお薬をお預かりします)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴及び服薬治療を適切に行います</li> </ul>  |  |
| 活動安静度    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の指示およびリハビリの状況に応じて活動・安静度が変わります</li> </ul>   |  |  |
| 食事       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の指示により食事が開始されます ・塩分、水分の制限を必要に応じて行います</li> </ul>  |  |  |
| 排泄       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・状態に応じて医師の許可のもと、ベッド上やトイレにて行います</li> </ul>   |  |  |
| 清潔       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師が介助し体を拭きます</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・状態に応じて医師の許可のもと、シャワー浴ができます</li> </ul>   |  |
| 説明指導     | 必要に応じて多職種により説明・指導があります<br>【医師】病状説明、治療・検査等の説明<br>【看護師】入院生活についての説明、生活習慣指導、退院指導【薬剤師】薬の確認、説明<br>【リハビリ】リハビリの実施、指導【管理栄養士】栄養指導【MSW】退院調整 など  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・次回益田赤十字病院診察日</li> </ul>  |



- ① **治療・リハビリを継続する患者** 【転院基準】急性期治療が終了し、治療・リハビリの継続が必要
- ② **自宅等へ退院される患者** 【在宅基準】自宅での生活に支障がない
- ③ **療養型病床へ転院される患者** 【転院基準】療養型病床での継続した医療が必要
- ④ **施設等へ入所される患者** 【入所基準】施設入所中の患者等で施設入所の必要性がある

同意書 (本人または立会人のサイン  
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  
氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

## ①一般・地域包括ケア病棟等 ( )

| 経過・日付    | 転院日～退院おおよそ1ヶ月程度   | 退院日   |
|----------|---|---|
| 達成目標退院基準 | <ul style="list-style-type: none"> <li>心不全手帳を活用できる</li> <li>状態に応じたりハビリができる</li> <li>呼吸状態が悪化しない</li> </ul> | <b>【退院基準】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>状態の応じたりハビリのゴールに達している</li> <li>服薬管理ができる</li> <li>体重と水分の管理ができています</li> </ul> |
| 治療・処置・検査 | 病状に応じて、採血・心電図・超音波検査・レントゲン・尿検査などを行います  |   |
| 点滴・内服    | 内服治療を継続します  |   |
| 活動・安静度   | 状態に応じたりハビリを行い、経過を見ながら活動量を増やします  |   |
| 食事       | 医師の指示のもと、塩分・水分の制限があります  |   |
| 排泄       | トイレ歩行を目指しましょう   |   |
| 清潔       | 状態に応じて医師の許可のもと、入浴などで清潔を保ちましょう   |   |
| 説明・指導    | 必要時、退院支援、介護サービスなどの利用、医療費について相談を受けます ・必要に応じて益田赤十字病院への受診があります   |   |

※必要に応じて定期的に益田赤十字病院の専門医が診察します

※急変時や心不全が悪化した場合は担当医の指示により益田赤十字病院を受診してください

同意書（本人または立会人のサイン  
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

氏名 続柄 ( )

## ②かかりつけ医院 ( )

| 経過・日付   | 症状が安定している限り  |
|---------|--|
| 達成目標    | 心不全手帳を活用しながら内服治療を継続し、食事・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・処置検査 | <ul style="list-style-type: none"> <li>症状に応じて採血・レントゲンなどの検査を行います</li> <li>内服治療を継続します</li> </ul>       |
| 生活      | 医師の指示のもと、食事・水分などの制限を守り、必要時リハビリを継続しながら日常生活を送ることができる   |
| 説明・指導   | <ul style="list-style-type: none"> <li>必要時療養支援について相談を受けます</li> <li>必要に応じて益田赤十字病院への受診があります</li> </ul> |

同意書（本人または立会人のサイン  
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

氏名 続柄 ( )

③療養型病床 ( )  
等

| 経過・日付 | 状態に応じて期間を決定  |
|-------|--|
| 達成目標  | 心不全手帳を活用しながら内服治療を継続し、食事・活動など生活習慣を整えます  |
| 治療    | 内服治療を継続します   |
| 説明・指導 | <ul style="list-style-type: none"> <li>必要時療養支援について相談を受けます</li> <li>必要に応じて益田赤十字病院への受診があります</li> </ul> |

同意書（本人または立会人のサイン  
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

氏名 続柄 ( )

## ④施設 ( )

| 経過・日付 | 状態に応じて期間を決定  |
|-------|--|
| 達成目標  | 心不全手帳を活用しながら内服治療を継続し、食事・活動など生活習慣を整えます  |
| 説明・指導 | <ul style="list-style-type: none"> <li>必要時療養支援について相談を受けます</li> <li>必要に応じて益田赤十字病院への受診があります</li> </ul> |

同意書（本人または立会人のサイン  
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

氏名 続柄 ( )