急性期治療病棟クリティカルパス　　氏名　　　　　　　　　　　　　　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病　名 |  | 入院形態 | 　□任意　□医療保護　□措置 |
| 症　状 |  | 入院期間 | 　 |
| 治療計画 |  | 内医療保護入院による入院期間 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院日 | ～入院1週間 | ～入院1ヶ月 | ～入院2ヶ月 | ～入院3ヶ月  | ～入院4ヶ月～ |
| 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 主治医（　　　　　　　　　） | □血液検査□検尿 □X線□心電図□心理検査特別な栄養管理必要 ・ 不要 | □IC面談□行動制限拡大 | □外泊□退院前訪問指示□プレDC処方 | □訪問処方（Dr記録、提出、コピー不要）□訪問同意書（提出　コピー不要）□デイケア処方（提出　コピー不要） |  |
| 看護師（　　　　　　　　　） | □BPSD評価□看護計画□褥瘡計画（皮膚：　　　　　　 ）□ADL評価 | □体温表・体重□看護計画□褥瘡計画□ADL評価 | □体温表・体重□看護計画□褥瘡計画□ADL評価□内服自己管理 | □体温表・体重□看護計画□褥瘡計画□ADL評価□サマリー | □体温表・体重□看護計画□褥瘡計画□ADL評価 |
| 介護士 | □日用品調整 | □衣類調整 | □衣類調整 | □衣類調整 | □衣類調整 |
| 精神保健福祉士（　　　　　　　　　）訪問看護デイケア | □入院届け□提供書取寄せ□在宅復帰計画 | □各種認定（　　　　　　　　　） | □退院先確認（　　　　　　　　　）□施設見学 | □退院前訪問1□退院前訪問2□退院前訪問3□プレDC1□プレDC2 |  |
| 作業療法士（　　　　　　　　　） | □要望確認 | □OT計画 | □OT評価 |  |  |
| 理学療法士 | □ADL評価 | □ADL評価 | □ADL評価 |  |  |
| 管理栄養士 | 食事・点滴・経管 | □栄養管理計画 | □栄養指導 | □栄養評価 |  |
| 薬剤師 | □持参薬確認 | □薬剤管理指導 | □薬剤管理指導 | □薬剤管理指導 |  |
| 心理士 | □心理検査 |  |  |  |  |
| 全体ご家族 | □入院カンファ | □家族面談　　年　　月　　日 | □中間カンファ　　年　　月　　日 | □退院カンファ　　年　　月　　日 |  |
| 備考 |  |  |  |  |  |

（注）上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得る。

|  |
| --- |
| 年　　　月　　　日　患者様　　　　　　　　　　　　　　　　様　　ご家族　　　　　　　　　　　　　　　様　（続柄：　　 　　） |