ID: <<PATIENTNO>>

# 心不全地域連携パス（入院診療計画書・同意書）：心不全の患者様へ

治療・検査の際、患者様の安全上、氏名等を確認させて頂く場合があります。ご理解の程お願い致します。

市立函館病院 Hakodate Municipal Hospital

（患者名） <<ORIBP_KANJI>> 様　　（病名1） <<ORADM_DISEASE1>>

（主治医） <<ORADM_SDOCTOR>> 印　　（病名2） <<ORADM_DISEASE2>>

（看護師） <<ORDCT_N_A>> 印　　（病名3） <<ORADM_DISEASE3>>

注1）病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わりえるものです。

注2）入院期間については、現時点で予想されるものです。

| 急性期医療機関（市立函館病院） | | | | （　　病院） | | （　　） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| <<CP_PLANSTARTDATE_MD_S>> ～ | | ～ | ～ | 一般病院、回復・療養期医療機関 | | かかりつけ医療機関 |
| 入院日～数日 <急性期治療> | | 一般病棟 転棟後～13日目 <亜急性期治療> | 14～16日目 <転院予定日> | 転院日～退院日（およそ１～３か月程度） | | 自宅・施設など |
| 達成目標 | ・安静を守ることができる<br>・呼吸が楽になる<br>・体重が減る | ・呼吸状態が改善する<br>・内服薬の必要性が理解できる<br>・生活習慣の問題点が理解できる | ・**心不全手帳の使い方がわかる** | 転院基準 | ・**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必要<br>・**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** | 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 |
| 治療処置検査 | ・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を行います<br>・病状に応じて、安静、酸素投与、点滴、内服を含めた薬物療法を行います<br>・病状に応じて、採血、レントゲン、心電図検査などを行います | | | 達成目標<br>退院基準 | ・**心不全手帳を活用できる**<br>・呼吸状態が悪化しない<br>・リハビリテーションが目標に達している<br>・服薬管理ができる<br>・体重と水分の管理ができる | 介護施設基準 | ・自宅での生活は難しいが、心不全症状はコントロールできている |
| 食事 | ・病状に応じて、治療食を提供します<br>・適切な水分摂取量の説明を行います<br>・特別な栄養管理の必要性　□ 無　　☑ 有（栄養状態に合わせた栄養指導を行います） | | | | | 治療薬剤検査 | ・内服治療を継続します<br>・体重、血圧管理を行います<br>・病状に応じて、採血・レントゲン、心電図などを行います<br>・再発予防に取り組みます |
| 安静度 ﾘﾊﾋﾞﾘ | ・状態に応じて、安静度が変わります<br>・筋力低下を予防し、日常生活動作を改善するため、早期からリハビリを行います | | | リハビリ | ・筋力低下を予防し、日常生活動作を改善するため、リハビリを行います<br>・必要に応じて、生活指導を行います | | |
| 清潔排泄 | ・病状により指示をだします<br>・状況に応じて、入浴などで清潔を保ちましょう | | | | | | |
| 説明 | ・医師より病状説明があります<br>・看護師より入院生活についての説明があります<br>・状態に応じて、下記の指導を行っていきます<br>□ 理学療法士：運動指導<br>□ 看護師：生活指導<br>□ 薬剤師：服薬指導<br>□ 管理栄養士：栄養指導 | ・**リハビリや治療を継続するため、一般病院への転院調整を開始します。**<br>**※ 当院は急性期病院であり、救急としての機能を維持するため、ご理解のほどよろしくお願い致します。**<br>・**心不全手帳の説明をします**<br> | ・転院先の病院、転院日について説明を致します。<br>・酸素療法や点滴を行っている状態でも転院する場合があります<br>・転院は、基本的に介護タクシー等を利用致します。（費用は自己負担となります。） | 治療検査食事 | ・病状に応じて採血、レントゲン、心電図検査などを行います<br>・内服薬を調整しながら治療を継続します<br>・必要に応じて、薬剤指導を行います<br>・状態に応じて、塩分・水分制限があります<br>・必要に応じて、栄養指導を行います | 活動 | ・**心不全手帳を記載しましょう**<br>・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<br> |
| | | | | 説明 | ・**退院後は、かかりつけの医療機関に通院します。**<br>※ 患者さんの状態にもよりますが、基本的に市立函館病院や回復期病院以外の医療機関となります。 | | |

転院

退院

| 総合的な機能評価 (注3) | | | |
|---|---|---|---|
| | 日常的な生活動作 | □ 問題なし | □ 要精査または要経過観察 |
| | 認知機能 | □ 問題なし | □ 要精査または要経過観察 |
| | 気分・心理状態 | □ 問題なし | □ 要精査または要経過観察 |

注3）この欄を使用する方は、65歳以上の予定入院患者様です。ただし、次の患者様は除かれます。
・一連の治療による２回目以降のがん化学療法で再入院する方、検査入院等の方など

主治医の説明に納得し、同意致します。

令和　　年　　月　　日

（患者名）　　（自著の場合、印鑑不要です。）

（患者代理人）　　（患者様が未成年または親族の同意が必要な場合、記載お願い致します。）

（医療機関名）

（主治医）

主治医の説明に納得し、同意致します。

令和　　年　　月　　日

（患者名）

（患者代理人）

（医療機関名）

（主治医）

主治医の説明に納得し、同意致します。

令和　　年　　月　　日

（患者名）

（患者代理人）