

ID: <<PATIENTNO>>

誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パス（入院診療計画書・同意書）：誤嚥性・細菌性肺炎（疑い）の患者様へ

（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>>

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。

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たがって変わります。

注2）入院期間については、現時点で予想されるものです。



急性期病院（当院での治療）							
入院 期間	<<CP_PLANSTARTDATE_MD_S>>						～
	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7～10日目
検査	・採血、尿、痰の検査 ・レントゲン検査		・採血 ・レントゲン検査				7日目 ・採血 ・レントゲン
治療 ・ 処置	・点滴を行います（状態に応じて、継続・終了します） ・状態に合わせて、吸入、酸素治療を行います 						
食事	・食事はできません ・飲水は、医師の確認が必要です。 ・必要時、管から栄養をとることがあります			4～5日目 ・状態に応じて、嚥下機能評価をします。 ・嚥下機能評価の結果により、食事が開始になります（必要に応じて、介助致します） ・むせがある場合、とろみをつけたりします 			
内服	・普段飲んでいるお薬は、医師の指示のもと内服してください ・医師の指示により、中止するお薬がある場合があります						
安静度	・特に制限はありません ・自力で動けない場合は、体位変換を行います 						
リハ ビリ	・必要に応じて、リハビリ（歩行訓練、日常生活訓練）・嚥下評価（訓練）を行います。   						
清潔	・誤嚥性肺炎予防のため、お口の中を清潔に保ちます。（洗面、うがいを看護師がお手伝いします。） ・状態に応じて、清拭・陰部ケアを行います ・週1回、入浴介助を行います			 			
説明	・入院生活についての説明をします ・ <u>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。</u> ※ 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。			・転院先の病院、転院日について説明を致します（転院日までの目安は、7～10日です） ・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。 ・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。）			
目標	・発熱による苦痛が軽減できる ・呼吸困難感を軽減ができる ・誤嚥がない						・誤嚥性・細菌性肺炎症状が悪化せず、転院できる

総合的な機能評価	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
（注3）	気分・心理状態	☐ 問題なし	☐ 要精査または要経過観察

・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）

主治医の説明に納得し、同意致します。

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

令和 年 月 日

（患者名）

（自署の場合、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。）



患者様用

連携医療機関	
入院	退院
・状態に応じて、採血、尿、痰、レントゲン検査を行う場合があります	
・経過中に急変した場合は、急性期病院へ連携します。 ・状態に応じて、点滴を継続します	
・嚥下機能に応じた、食事が開始されます 	
・普段飲んでいるお薬は、医師の指示のもと内服してください ・医師の指示により、中止するお薬がある場合があります	
・特に制限はありません	
・機能障害の改善 ・日常生活動作の維持、向上 ・運動機能の維持、向上 ・食べる訓練	
・状態に応じて、清拭・入浴・介助浴などができます	
・リハビリ評価 ・実施計画の説明	・退院指導 
・日常生活動作が改善できる	

（医療機関名）

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）