

心不全地域連携バス（入院診療計画書・同意書）：心不全の患者様へ

(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>>	(病 名 3)	<<ORADM_DISEASE3>>
(在宅復帰支援担当者) <<SUPPORTSTAFF>>			

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したがって変われるものです。

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＞			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 ・呼吸が楽になる ・体重が減る	・呼吸状態が改善する ・内服薬の必要性が理解できる ・生活習慣の問題点が理解できる	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 ・ 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 ・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 ・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 退院基準 ・ 心不全手帳を活用できる ・呼吸状態が悪化しない ・リハビリテーションが目標に達している ・服薬管理ができる ・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 ・適切な水分摂取量の説明を行います		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 ・必要に応じて、生活指導を行います 	治療薬剤検査 ・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
安静度 リハビリ	・状態に応じて、安静度が変わります ・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			活動 ・ 心不全手帳を記載しましょう ・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
清潔 排泄	・病状により指示をだします ・状況に応じて、入浴などで清潔を保ちましょう		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 ・内服薬を調整しながら治療を継続します ・必要に応じて、薬剤指導を行います ・状態に応じて、塩分・水分制限があります ・必要に応じて、栄養指導を行います	
説明	・医師より病状説明があります ・看護師より入院生活についての説明があります ・状態に応じて、下記の指導を行っています □ 理学療法士：運動指導 □ 看護師：生活指導 □ 薬剤師：服薬指導 □ 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。 ※ 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。 ・ 心不全手帳の説明をします 	・転院先の病院、転院日について説明を致します。 ・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。）	・ 退院後は、かかりつけの医療機関に通院します。 ※ 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。

・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。）

在宅復帰支援計画
・日常生活動作が維持できるような環境設定や介助方法の支援に努めます

（ 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 ）



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 ）

患者本人との続柄
() （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。）