





浜松肺炎地域連携パス【患者用】

氏名( )

当院では、厚生労働省が推奨する地域包括ケアシステム構想に則り、地域全体で患者さんの療養生活を支援しております。  
 当院の入院は、急性期での治療が終了し、症状が落ち着き次第、連携している医療施設に転院し、療養を受けていただくことができます。  
 連携医療施設では、その後の療養生活の場所の検討と支援を行います。 ※症状によって入院期間が前後することがあります。

	1-2日目	( 3 ~ 19 )日目	( 19日 ~ 転院日まで)	( 20日 )前後を目処に	( 61日 )以降を目処に
	急性期病院			連携医療施設	維持療養施設
担当医療機関	【施設名： 】 あなたの連携先を太線で明示していきます。 複数の医療施設が連携して、治療や機能回復・維持を支援します。 		転院日： 月 日	【施設名： 】 <input type="checkbox"/> 療養病院 <input type="checkbox"/> 自宅(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> その他( ) その後の療養先の希望 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 療養病院 その他	【施設名： 】 <input type="checkbox"/> 自宅(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 療養病院 <input type="checkbox"/> その他 ( )
あなた家族	<input type="checkbox"/> 医師から、病状の説明と治療の流れ、その後の転院、退院についての説明を受けます。 	転院先( )の決定 <input type="checkbox"/> ( )病院の資料を受け取ります <input type="checkbox"/> 詳細の説明を希望の方はMSWを紹介します <input type="checkbox"/> 転院先の面談希望のある方は調整いたします (*事前面談の有無は病院によって異なりますので担当者にご相談下さい)	<input type="checkbox"/> 転院時の搬送方法 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ご家族同伴し転院して頂きます 	<input type="checkbox"/> 転院先の医師から、今後の治療や機能回復の見通しなどの説明を受けます <input type="checkbox"/> 栄養の取り方について、意思決定します <input type="checkbox"/> 連携医療施設退院後の療養先を決定します 自宅に退院する場合には、診療所医師(かかりつけ医)と連携いたします。 決まっていない場合には、ご紹介します。 	<input type="checkbox"/> ご本人の状況にあった場所で、療養を継続していただきます。
治療リハビリの流れ	<input type="checkbox"/> 抗生剤などの薬物治療を行います <input type="checkbox"/> 必要に応じて、酸素投与を行います <input type="checkbox"/> 食事摂取の判断を行います。患者とご家族に今後の予測を説明します。 <input type="checkbox"/> 急性期リハビリを開始します		<input type="checkbox"/> 食事摂取の判断に基づき、栄養補給経路の検討をします <input type="checkbox"/> 嚥下訓練などを行います	<input type="checkbox"/> 医師の判断で、必要な薬物治療を行います -----> -----> -----> <input type="checkbox"/> 日常生活に応じたりハビリを行います <input type="checkbox"/> 介護保険や各種制度の説明、利用法、その他不明なことのご相談下さい -----> ----->	-----> -----> -----> -----> ----->
説明と同意	私は、この表にある地域連携診療計画に関する説明を受けました。記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意します。				
	(署名)	年 月 日 主治医:	年 月 日 主治医:	年 月 日 主治医:	年 月 日 主治医:
	患者氏名 又は	代理人の場合	患者氏名	代理人の場合 続柄( )	