

摂食嚥下地域連携診療計画書

様 平成 年 月 日

時期	平成 年 月 日 発症から2~4週間後	在宅療養の準備	在宅 ・ 介護施設
	発症 入院 転院	退院	
	嚥下障害を評価する	安全な経口訓練を行う	安全な経口摂取を継続するための維持管理を行う
医療機関 介護施設	急性期病院 急性期治療 再発予防 栄養評価 リハビリ訓練など	回復期リハビリテーション病院 機能訓練、日常生活訓練、補助具の検討 療養型病院・介護施設	かかりつけ医・かかりつけ歯科医 (通院または在宅医療)
	病院スタッフと 回復期病院の選定 および見学・申し込み	在宅生活の相談会議 退院後の注意事項などの 打ち合わせをします 病院スタッフと 生活環境や福祉用具の相談	ケアマネジャーを決めて契 約 ケアプランの相談 在宅サービス利用 (訪問看護・リハビリなど)
ご本人 ご家族	栄養経路について 摂取方法について	必要栄養量について 食事形態と摂取方法について	必要栄養量摂取の維持について
	口腔ケアの必要性和方法		
制度活用 相談窓口	医療費助成制度の申請	介護保険の申請・認定 包括支援センター	脳卒中発症者は、脳卒中地域連携パスに順ずる。
	各健康保険		

この計画書は、嚥下機能に問題のある患者さんに対し、急性期病院で説明するものです。回復期リハビリテーションが必要になる場合は、専門医療機関で治療する必要があります。

転院先については、検査結果をふまえて調整することになります。 主治医 _____ 担当看護師 _____