

在宅療養計画書(訪問診療同意書)

記入日：平成 年 月 日

医療機関名：

医師名：

患者氏名				生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)		
病名							
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)						
病状等の状況	1. 主病経過の状況						
	2. 体温、脈拍、排尿、便通、食事等の状況及び処置の概要						
	3. 主な検査結果						
	4. ADLの状況(日常生活全般) ※該当するものに○						
	移動	自立・一部介助・全面介助		食事	自立・一部介助・全面介助		
	排泄	自立・一部介助・全面介助		入浴	自立・一部介助・全面介助		
	着替	自立・一部介助・全面介助		整容	自立・一部介助・全面介助		
	5. その他(特記事項)						
他の医療機関への受診状況							
家族とのかかわり							
現在の寝たきり度 (自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2)				前回情報提供時からの変化 ()			
現在の認知症自立度 (自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)				前回情報提供時からの変化 ()			
療養改善目標			治療方針				
訪問計画/その他療養上の対策			問題点				
現時点に必要な福祉、保健、介護サービス等について	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問栄養指導 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤指導 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要理由 ()						
緊急時連絡先	休診日でも、携帯電話におかけください。(TEL)						
<p>上記訪問診療計画の内容について説明を受け、居宅での療養を行うことに同意いたします。</p> <p>また、連携医療機関、訪問看護ステーションに私の情報を提供することも併せて同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p>							
<p>患者氏名</p> <p>家族氏名(代表者)</p> <p>※患者ご本人がサインできない場合は、家族氏名欄に記載する。</p>							