

# 在宅療養計画書

No. \_\_\_\_\_

記載日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
患者氏名 (男・女)		連携医療機関	
急変時の連絡 方法 (連絡先)			
病 名			
<b>【現在の状態】</b> (病状、ADL の状況、体温・脈拍・排尿・排便・食事などの状況や疼痛の有無などを記載)			
<b>【療養方針と療養計画】</b> (療養方針・スケジュール・目標などを記載)			
<b>【療養内容】</b> (検査・服薬・点滴・処置等の予定を記載)			
<b>【その他】</b> (療養上の指導事項、内容や注意点等を記載)			

※上記療養計画に基づき、在宅療養を行います。

なお、病状の変化により、療養計画の内容が変わることがありますので、予めご了承ください。