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 |  | | |
| 【現在の状態】  （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） | | | |
| 【療養方針と療養計画】  （療養方針・スケジュール・目標などを記載） | | | |
| 【療養内容】  （検査・服薬・点滴・処置等の予定を記載） | | | |
| 【その他】  （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、予めご了知願います。