

在宅療養計画書(訪問診療同意書)

医療機関名：

記入日：

医師名：

患者氏名					年 月 日生 (歳 ヶ月)
病名					
要介護度	申請なし	自立	要支援 1	要支援 2	要介護 (介護度)
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)				
	移動		食事		
	排泄		入浴		
	着替		整容		
	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 ()		前回情報提供時からの変化 ()			
現在の認知症自立度 ()		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	訪問看護 福祉用具貸与 不要 必要理由	訪問入浴介護 通所介護	通所リハビリ 訪問栄養指導	短期入所 訪問薬剤指導 訪問診療	
緊急時連絡先	(TEL :)				
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。 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。 令和 年 月 日 患者氏名 家族氏名(代表者) ※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。					