

在宅療養計画書(訪問診療同意書)

医療機関名：

(ID)

記入日：年 月 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 | | |
| 現時点で必要な福祉、保健、介護サービス等について | 訪問看護 訪問入浴介護 通所リハビリ 短期入所 訪問介護 福祉用具貸与 通所介護 訪問栄養指導 訪問薬剤指導 訪問診療 不要 必要理由 | | | |
| 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。 <div>令和 年 月 日</div> <div>患 者 氏 名</div> <div>家族氏名(代表者)</div> <div>※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。</div> | | | | |