

# 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		
現時点で必要な福祉、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。 <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>				