

# 在宅療養計画書

|       |  |
|-------|--|
| 医療機関名 |  |
| 担当者   |  |

当院では、以下の計画に基づき在宅での療養をお手伝いさせていただきます。  
なお、症状変化に応じて訪問頻度等変更する場合がございますのでご了承の程お願いいたします。

|   |          |           |                           |
|---|----------|-----------|---------------------------|
| 説明日<br>(ふりがな)   | 平成 年 月 日 | 連携医療機関先等  |                           |
| 患者氏名  |          | 性別<br>男・女 | M・T・S・H<br>年 月 日生<br>( 歳) |
| 現在の状態   |          |           |                           |
| ※疼痛について<br><input type="checkbox"/> 疼痛有<br>部位→<br>方法→<br><input type="checkbox"/> 疼痛無 <input type="checkbox"/> 不明 |          |           |                           |
| ◎現状の安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明                      |          |           |                           |
| 診療スケジュール  |          |           |                           |
| 今月の訪問予定日：<br>血液検査実施予定：  |          |           |                           |
| 医療処置情報(サイズ・種類・交換頻度等)  |          |           |                           |
| 訪問時持参する物品：  |          |           |                           |
| 服薬・点滴内容   |          |           |                           |