

新規・更新(いずれかに○印)

|                                 |                                 |      |   |   |        |
|---------------------------------|---------------------------------|------|---|---|--------|
| 患者氏名                            | 様                               | 性別   | 男 | ・ | 女      |
|                                 |                                 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 ( )歳 |
| 患者住所                            | 〒 -                             |      |   |   |        |
|                                 | 連絡先等 Tel.( ) - / (緊急時)Tel.( ) - |      |   |   |        |
| 病名等                             |                                 |      |   |   |        |
| 病状・経過等                          |                                 |      |   |   |        |
| 日常生活上の留意事項                      |                                 |      |   |   |        |
| 訪問計画                            | 毎月の訪問日時(○日、○日訪問予定、隔週何曜日等)       |      |   |   |        |
| 在宅療養計画                          | 在宅療養指導管理 ※自己注射、在宅酸素、在宅中心静脈栄養等   |      |   |   |        |
|                                 | ●投薬・注射等                         |      |   |   |        |
|                                 | ●検査予定等                          |      |   |   |        |
|                                 | ●処置予定等                          |      |   |   |        |
| 訪問する看護職員等                       | (所属: / Tel.( ) - )              |      |   |   |        |
| 訪問看護<br>訪問リハビリ<br>訪問薬剤管理<br>計画等 | 毎月の訪問日時(○日、○日訪問予定、隔週何曜日等)       |      |   |   |        |
| 他の保健医療・福祉サービスとの連携               |                                 |      |   |   |        |
| 介護サービス利用の留意点、介護方法               | ※居宅療養管理指導費算定の場合記載               |      |   |   |        |

以上の内容について不明の点はお気軽にお尋ね下さい。なお、本計画書は介護保険のサービス担当者会議を主催するケアマネジャー等へ情報提供することがあります。ご了承ください。

上記について説明をし、同意を得ました。

|             |     |         |        |                   |
|-------------|-----|---------|--------|-------------------|
| (計画作成及び説明日) | 年   | 月       | 日      | 〒 -               |
| (主治医氏名)     | (印) | 医療法人□□会 | □□〇〇病院 | Tel. 000-000-0000 |

上記について説明を受け、理解いたしましたので同意いたします。

患者または家族(ご署名)

\_\_\_\_\_