

患者氏名 様

開催日・場所	平成 年 月 日 () : ~ : 於 /		
計画作成参加者名	本人および家族 (続柄)	()	()
	主治医		薬剤師
	管理栄養士		リハビリ科担当者
	病棟師長		担当看護師・介護職員
	介護支援専門員		その他
医師説明	() 様は、診断名 () により 今後、ターミナル期に入ると診断いたします。 平成 年 月 日 医師名 : ㊟		
看護・介護計画	<基本> 「人権尊重に基づき、ターミナル期を人間としての尊厳を失うことなく、関係ある人々とともに、 その方らしく穏やかで安らぎのある日々をお過ごしいただけるよう支援いたします。 <計画> ※主治医指示のもと、病状把握に努めます。 ※●●●●様の苦痛にならず、安心感を持っていただけるようお声掛けしながら、 ご本人、家族様の意向に沿えるよう、日常生活の療養上のお世話をさせていただきます。 ※体調に合わせ、少しでも安楽に過ごしていただけるよう、廃用症候群の進行防止のためにリハ ビリを行います。 ※急変時、ご本人様・ご家族様のご意向に沿った対応ができるよう心掛けます。 ◎ご本人様・ご家族様のご希望やご意向に変化が生じた場合は、そのご意向に沿えるように検討 してまいりますので、いつでもお申し付けください。 ◎ご本人様の体調、ご家族様のご意向、医師の判断により、転院が必要となれば援助させていた だきます。 平成 年 月 日作成 計画作成者：介護支援専門員名 ㊟		

同意書

上記、ターミナル期の医療・介護の説明を受け、十分理解し同意いたします。

平成 年 月 日

患者様氏名 ㊟ (署名代行: _____) 続柄: _____

ご家族様氏名 ㊟ (続柄 _____)