**在宅療養計画書**

　　　　　　　記入日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　　　　（　　　　　歳）　　年　　　　　　月　　　　　　日生 |
| 主病名 |  |
| １．療養ケア方針（*解決した事項や、家族本人の希望と目標を記載*）確認事項（*急病時の対応や看取り期の対応について記載*）　 |
| ２．治療計画（*投薬や注射・検査や処置等の予定を記載*）訪問日：〇〇〇検　査：処　置： |
| ３．その他（*療養上の対策や療養計画の見直し状況、注意点等を記載*） |
| 在宅療養支援チーム（*担当者名・連絡先*） | 〇連携する医療機関〇訪看ST〇ケアマネジャー〇薬局 |
| 緊急時の連絡先不在時の対処法 | 緊急時の電話　○○クリニック　携帯番号　　○○○―○○○○―○○○○○○訪問看護ステーション　　　電話番号　　○○○―○○○―○○○○ |
| 緊急時の入院先 | □　在宅療養後方支援病院　　　　□在宅療養あんしん病床登録事業登録した受入医療機関名医療機関名①　　　〇〇病院　　　　連絡先：地域連携室　　○○○―○○○―○○○○医療機関名②　　　〇〇病院　　　　連絡先： |

〒XXX-XXXX　岐阜県○○○〇〇〇

〇〇クリニック

電話　○○○-○○○-○○○○

医師名　○○　○○