

2回目以降、治療方針変更時

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 年	(月	歳) 日	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：○○○						
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)	○連携する医療機関 ○訪看 ST ○ケアマネジャー ○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	<input type="checkbox"/> 在宅療養後方支援病院 <input type="checkbox"/> 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 ○○病院 連絡先：地域連携室 ○○○-○○○-○○○○ 医療機関名② ○○病院 連絡先：					

〒XXX-XXXX 岐阜県○○○○○○

○○クリニック

電話 ○○○-○○○-○○○○

医師名 ○○ ○○