

(別紙様式 7)

地域包括ケア病棟入院診療計画書
(在宅復帰支援に関する事項)

(患者氏名) _____ 殿

年 月 日

| | |
|-------------------|--|
| 病 棟 (病 室) | |
| 在宅復帰支援担当者名 | |
| 病 名 (他に考え得る病名) | |
| 推定される入院期間 | |
| 在宅復帰支援計画 | |

注 1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わりうるものである。

注 2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) _____ 印