

入院診療計画書

(患者氏名) 殿

年 月 日

| | |
|--|---------------------|
| 病 棟 (病 室) | |
| 主治医以外の担当者名 | |
| 選任された 退院後生活環境相談員の氏名 | |
| 病 名 (他に考え得る病名) | |
| 症 状 | |
| 治 療 計 画 | |
| 検 査 内 容 及 び 日 程 | |
| 手 術 内 容 及 び 日 程 | |
| 推 定 さ れ る 入 院 期 間 (うち医療保護入院による入院期間) | (うち医療保護入院による入院期間：) |
| 特別な栄養管理の必要性 | 有 ・ 無 (どちらかに○) |
| そ の 他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画 | |
| 退 院 に 向 け た 取 組 | |
| 総合的な機能評価 ◇ | |

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

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。

注3) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注4) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名) 印

(本人・家族)