

在宅療養計画書

(患者氏名) _____ 殿

最終の外来受診日： 年 月 日
初回の往診又は訪問診療日： 年 月 日
計画作成日： 年 月 日

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| 在宅での療養を担う医療機関名及び医師氏名 | |
| 病名・状態等 (他に考え得る病名等) | |
| 在宅での療養に関する患者以外の相談者 | 家族 ・その他関係者() |
| 在宅での療養を担当する者の氏名 (下記担当者及び上記医師を除く) | |
| 通院困難な要因 | |
| 在宅での療養上の問題点、課題等 | |
| 在宅での療養について、必要な支援(概要等) | |
| 在宅において必要となることが予想される医療の内容等 | |
| 利用が予想される介護サービス等 | |
| 利用が予想される介護サービスの担当者 | |

注) 上記内容は、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得るものである。

説明・交付日： 年 月 日

(外来において診療を担当する医師)

(在宅における療養を担う医師)

(本人)