

(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