

殿

年 月 日

|  |                       |
|--|-----------------------|
| 病棟（病室）                                       |                       |
| 主治医以外の担当者名                                   |                       |
| 病名<br>（他に考え得る病名）                             |                       |
| 症状<br>治療により改善すべき点等                           |                       |
| 全身状態の評価<br>（ADLの評価を含む）                       |                       |
| 治療計画<br>（定期的検査、日常生活機能の保持・回復、入院治療の目標等を含む）     |                       |
| リハビリテーションの計画<br>（目標を含む）                      |                       |
| 栄養摂取に関する計画                                   | （特別な栄養管理の必要性： 有 ・ 無 ） |
| 感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策<br>（予防対策を含む）            |                       |
| その他<br>・ 看護計画<br>・ 退院に向けた支援計画<br>・ 入院期間の見込み等 |                       |

(主治医氏名) 印

(本人・家族)