

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	
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) _____