

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 | |
| 在宅復帰支援担当者名 * | |
| 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 | |
| 在宅復帰支援計画 * | |
| 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、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する患者にあっては必ず記入すること。

注4) ◇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5) 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) _____