在宅医療計画書（訪問診療同意書）

記入日：　令和　　年　　月　　日

医療機関名：　　医師名：

患者氏名		病名	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　月　日（　　歳）		
要介護度	☐ 申請なし　☐ 自立　☐ 要支援 1　☐ 要支援 2　☐ 要介護（1・2・3・4・5）		

病状等の状況	1．主病経過の状況		
	2．体温、脈拍、排尿、便通、食事等の状況及び処置の概要		
	3．主な検査結果		
	4．ADLの状況(日常生活全般)		5．その他（特記事項）
	移動	自立・一部介助・全面介助	
	排泄	自立・一部介助・全面介助	他の医療機関への受診状況
	着替	自立・一部介助・全面介助	
	食事	自立・一部介助・全面介助	
	入浴	自立・一部介助・全面介助	家族とのかかわり
	整容	自立・一部介助・全面介助	
現在の状況	寝たきり度	（自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2）　前回情報提供時からの変化（　　）	
	現在の認知症自立度	（自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M）　前回情報提供時からの変化（　　）	
	療養改善目標		
	治療方針		
	訪問計画/その他療養上の対策		

現時点で必要な福祉、保健、介護サービス等について	問題点
☐訪問看護　☐訪問入浴介護　☐通所リハビリ　☐短期入所 ☐訪問介護 ☐福祉用具貸与　☐通所介護　☐訪問栄養指導 ☐訪問薬剤指導　☐訪問診療　☐不要	

☐必要理由

緊急連絡先（休診日でも携帯電話におかけください）

TEL

上記訪問診療計画の内容について説明を受け、居宅での療養を行っていただくことに同意いたします。
また、連携医療機関、訪問看護ステーションに私の情報を提供することも併せて同意いたします。

令和　　年　　月　　日

患者氏名

家族氏名（代表者）

※患者ご本人がサインできない場合は、家族氏名欄に記載する。

有田医師会 2020.3