別紙２

# 入 院 診 療 計 画 書

（患者氏名） 殿

平成 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 ◇ | 日常生活動作 □ 問題なし □ 要精査または要経過観察認知機能 □ 問題なし □ 要精査または要経過観察気分・心理状態 □ 問題なし □ 要精査または要経過観察 |

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、亜急性期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）

別紙２の２

入 院 診 療 計 画 書

 （ 患 者 氏 名 ） 殿

平成 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 病 棟 （ 病 室 ） |  |
| 主治医以外の担当者名 |  |
| 病 名（他に考え得る病名） |  |
| 症 状 |  |
| 治 療 に よ り 改 善 |
| す べ き 点 等 |
| 全 身 状 態 の 評 価（ADLの評価を含む） |  |
| 治 療 計 画 |  |
| （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 |
| （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 |
| （予 防 対 策 を 含 む） |
| そ の 他 |  |
| ・看護計画 |
| ・退院に向けた支援 |
| 計画 |
| ・入院期間の見込み等 |

注） 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るもので ある。

 （ 主 治 医 氏 名 ） 印

 （ 本 人 ・ 家 族 ）