

# 在宅療養計画

## 患者情報

記載日 20 / /

主病名 1 _____	日常生活自立度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
主病名 2 _____									
主病名 3 _____	認知症自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
介護を要する疾病 _____								要介護度	_____
重要な処方	他院との併診 <input type="checkbox"/> 有 病名 _____ <input type="checkbox"/> 無								
◎ _____ ◎ ◎ _____ ◎	他院での処方・検査内容								
検査	採血項目・その他の指導（体重・尿量など）	頻度							
		ヶ月							
		ヶ月							

## 導入面接

治療ケア方針についての家族の希望	
医療に関する確認事項	在宅支援チーム
1 かかりつけ病院	訪問看護ステーション 担当
2 急病時の対応	薬局 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3 看取り対応	ケアマネージャー 事業所 担当

## 初回訪問診療

患者の認識と治療ケア方針についての希望	
初診時に得られた情報	往環境
	生活の様子
	家庭背景
合意した治療ケア方針	起こりうる病態と予測指示