別紙２の３

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 |  |
| 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（うち医療保護入院による入院期間） | （うち医療保護入院による入院期間：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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）