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） |  |
| 病状 |  |
| 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）