訪問診療同意書（在宅療養計画書）

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日： 　　年　　月　　日

医師名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 生年月日 | | 年　　月　　日生（　　 歳） |
| 病名 |  | | | |
| 要介護度 | 申請なし　　自 立  要支援（ 1 ・2 ）　要介護（ 1 ・2 ・3 ・4 ・5 ） | | | |
| 主病の経過等 |  | | | |
| 装着・使用  医療機器等 | 酸素療法　　　　人工呼吸器　　　 気管カニューレ　　吸引器  中心静脈栄養　　経鼻経管栄養　 　胃瘻・腸瘻  輸液ポンプ　　　透析液供給装置　 自動腹膜潅流装置  人工肛門　　　　人工膀胱　　　 　留置カテーテル  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 療養改善目標 | | | 治療方針 | |
|  | | |  | |
| ※在宅療養計画に変更がない場合は  次回予定日を患者へお知らせし、  診療録へ記載すること。  訪問計画（予定日等） | | | 問題点 | |
|  | | |  | |
| 緊急時連絡先 | 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、居宅での療養を行う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。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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。 | | | | |
| 公益社団法人愛知県医師会 R2.9 | | | | |