

在宅医療計画書

様の今後の訪問診療については、以下の通り計画的に実施させていただきます。
 なお、ご質問・ご相談等が御座いましたら遠慮なくお尋ねください。

平成 年 月 日 前川クリニック 院長 森 徹 ㊞

患者氏名	指示期間:平成 年 月 日~平成 年 月														
生年月日(年齢)	平成 年 月 日(歳)	連絡先													
主たる傷病名															
病状の経過															
治療内容・方針															
訪問診療予定日	原則として月 回 曜日の 時頃に訪問診療を実施します。														
訪問診療計画	病状に基づき治療内容に変化があれば、訪問診療の回数等を変更致します。														
寝たきり度(該当するものに○)	A 自立 日常生活には支障がない B 一部自立 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 C 準寝たきり1 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 D 寝たきり2 1日中ベット上で過ごし、移動・食事・着替え・排泄の全てにおいて介助を要する。														
日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">移動</td> <td style="width: 35%;">自立・一部介助・全面介助</td> <td style="width: 25%;">食事</td> <td style="width: 15%;">自立・一部介助・全面介助</td> </tr> <tr> <td>排泄</td> <td>自立・一部介助・全面介助</td> <td>入浴</td> <td>自立・一部介助・全面介助</td> </tr> <tr> <td>着替え</td> <td>自立・一部介助・全面介助</td> <td>整容</td> <td>自立・一部介助・全面介助</td> </tr> </table>			移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助	排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助	着替え	自立・一部介助・全面介助	整容	自立・一部介助・全面介助
移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助												
排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助												
着替え	自立・一部介助・全面介助	整容	自立・一部介助・全面介助												
認知症老人の日常生活自立度(該当するものに○)	① 日常生活には支障がない。 ② 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的に自立している。 ③ 日常生活に支障が来ず症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立可能。 ④ 日常生活に支障が来ず症状、行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を要す。 ⑤ 日常生活に支障が来ず症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 ⑥ 著しい精神症状や問題行動、或いは重篤な身体疾患が認められ、専門的な医療を必要とする。														
介護保険の状況	申請なし・該当なし 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)														
特定疾患(難病)の認定の有無	なし/あり 疾患名														
身体障害者手帳の有無	あり/なし / 級														
上記の訪問診療計画の内容について説明を受け、居宅での診療を行うことに同意致します。															
平成 年 月 日															
患者氏名(自筆)	㊞														
家族氏名(代表者)	㊞ (続柄)														

前川クリニック

〒333-0842
 埼玉県川口市前川2-10-11前川メディカルモール1階
 電話048-485-9460 FAX048-611-9529
 E-MAIL info@maekawa.clinic

備考欄
