

## 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) \_\_\_\_\_