

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	
在宅復帰支援担当者名 *	
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	
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	
在宅復帰支援計画 *	
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、地域包括ケア病棟入院料 (入院医療管理料) を算定する患者にあつては必ず記入すること。
- 注 4) ◇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 5) 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) _____