在宅医療計画書（訪問診療同意書）

（　新規　）

平成　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　ID＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿様の今後の訪問診療については以下のとおり計画的に実施させていただきます。
なお、ご質問、ご相談等ございましたらご遠慮なくお尋ねください。

医院名：　**泉仁会　ハートクリニック**　　担当医：山縣　史朗

主たる傷病名	
訪問診療予定日	
服薬に係る留意事項	きめられた通り　忘れずに服用してください。

寝たきり度（該当するものに○）

- □　J　一部自立　何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
- □　A　準寝たきり　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。
- □　B　寝たきり１　屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。
- □　C　寝たきり２　１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替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○）

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	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○）

- □　Ⅰ　何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
- □　Ⅱ　日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られて、誰かが注意していれば自立可能
- □　Ⅲ　日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。
- □　Ⅳ　日常生活に支障を来たすような症状、行動や良い疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
- □　M　著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

要介護度	□　申請なし　□　自立　□　要支援１　□　要支援２　□　経過的要介護　□　要介護（１・２・３・４・５）
訪問診療計画	
最近の寝たきり度 ＡＤＬ状況 認知症度の変化＝有・無	
現時点で必要な 福祉、保健、 介護サービス等について	□訪問看護　□訪問入浴介護　□通所リハビリ　□短期入所 □訪問介護　□福祉用具貸与　□通所介護　□訪問栄養指導 □訪問薬剤指導　□訪問診療　□不要 □必要理由［　　］
緊急時連絡病院 について	休診日でも、携帯電話におかけください　（　090-7249-9977　） なお、対応できない場合は、この電話から、当日対応可能な医師に転送されます。
その他訪問看護 有(月　回程度) 無	
現時点での 看護必要度	□自立　□見守り　□介助（食事、排泄、起居、入浴、歩行）　□その他　（　　）

上記訪問診療計画の内容について説明を受け、居宅での療養を行っていただく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、与野在宅ケア協議会に私の情報を提供することも併せて同意いたします。

平成　　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。