在宅療養計画書（訪問診療同意書）

記入日：　　年　　月　　日

医療機関名：東御市立みまき温泉診療所　医師名：

患者氏名		生年月日	年　月　日生　　歳
主病名			
要介護度	□ 申請なし □ 要支援１　□ 要支援２ □ 要介護１　□ 要介護２　□ 要介護３　□ 要介護４　□ 要介護５		
病状等の状況	主病経過の状況		
装着使用医療機器等	□ 酸素療法 □ 人工呼吸器 □ 吸引器 □ 胃瘻　□ 腸瘻　□ 中心静脈栄養　□ 経鼻経管栄養 □ 輸液ポンプ　□ 人工肛門　□ 尿道カテーテル		
他の医療機関への受診状況	□ 有（病院名：　　）　□ なし		
療養改善の目標		治療方針	
訪問計画／その他療養上の対策		問題点	
現時点で必要な福祉、健康、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　□ 訪問リハビリ　□ 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（　　）		
緊急時連絡先	お渡しした別紙をご覧ください。		

上記訪問診療計画書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。