

初回

## 訪問診療同意書（在宅療養計画書）

医療機関名：医療法人〇〇会 〇〇クリニック

記入日： 年 月 日

医師名：〇〇 〇〇

患者氏名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生	( 歳)
主病名				
重要な処方	◎			
他医療機関への受診状況	<input type="checkbox"/> 有り（病名： ） <input type="checkbox"/> 無し （処方・検査内容）			
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5）			
装着・使用 医療機器等	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他（ ）			
1. 療養ケア方針（療養ケアについて、家族の希望と、合意した方針を記載）  確認事項（急病時の対応や、看取り期の対応について記載）				
2. 治療計画（訪問日や投薬や注射・検査や処置等の予定を記載）				
3. その他（療養上の指導内容や注意点等を記載）			在宅療養支援チーム（連携する担当者名、連絡先を記載） <input type="checkbox"/> 連携する医療機関 <input type="checkbox"/> 訪看 ST <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 薬局	
緊急時連絡先	休日でも、携帯電話におかけください。 TEL 〇〇クリニック 携帯番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
上記、訪問診療と計画の内容について説明を受け、居宅での療法を行うことに同意します。また、連携する医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護施設等に、私の個人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 _____ ※署名が難しい場合は、ご家族の方が代筆してください。  家族氏名（代表者） _____ 連絡先（携帯） _____				