**在宅療養計画書**

　　　　　　　記入日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　　　　（　　　　　歳）　　年　　　　　　月　　　　　　日生 |
| 主病名 |  | | |
| １．療養ケア方針（*解決した事項や、家族本人の希望と目標を記載*）  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（*投薬や注射・検査や処置等の予定を記載*）  訪問日：〇〇〇  検　査：  処　置： | | | |
| ３．その他（*療養上の対策や療養計画の見直し状況、注意点等を記載*） | | | |
| 在宅療養支援チーム  （*担当者名・連絡先*） | 〇連携する医療機関  〇訪看ST  〇ケアマネジャー  〇薬局 | | |
| 緊急時の連絡先  不在時の対処法 | 緊急時の電話　○○クリニック　携帯番号　　○○○―○○○○―○○○○  ○○訪問看護ステーション　　　電話番号　　○○○―○○○―○○○○ | | |
| 緊急時の入院先 | □　在宅療養後方支援病院　　　　□在宅療養あんしん病床登録事業  登録した受入医療機関名  医療機関名①　　　〇〇病院　　　　連絡先：地域連携室　　○○○―○○○―○○○○  医療機関名②　　　〇〇病院　　　　連絡先： | | |

〒XXX-XXXX　岐阜県○○○〇〇〇

〇〇クリニック

電話　○○○-○○○-○○○○

医師名　○○　○○