

# 在宅医療計画書

様の今後の訪問診療については、以下の通り計画的に実施させて頂きます。なお、御質問、御相談等がございましたら遠慮なく御尋ね下さい。

平成 年 月 日 青和クリニック 理事長 高橋 輝行 印

患者氏名	指示期間:平成 年 月 日~平成 年 月 日		
生年月日(年齢)	年 月 日( 歳)	連絡先	
主たる傷病名			
病状の経過			
治療内容・方針			
訪問診療予定日 訪問診療計画	原則として週1回火曜日の午後、2週間おきに毎月2回訪問診療を実施致します。 病状に基づき治療内容に変化があれば、訪問診療の回数等を変更致します。		
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、日中もベッド上の生活が主体だが座位は保てる。 C 寝たきり2: 1日中ベッド上で過ごし、移動・食事・着替え・排泄の全て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
着替え	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 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的に自立している。 II 日常生活に支障を来す症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、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症状、行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を要する。 IV 日常生活に支障を来す症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 V 著しい精神症状や問題行動、或いは重篤な身体疾患が認められ、専門的な医療を必要とする。			
介護保険の状況	申請なし・該当なし	要支援(1 2)	要介護(1 2 3 4 5)
特定疾患(難病)の認定の有無	なし / あり	疾患名	
身体障害者手帳の有無	申請なし	/	級
上記の訪問診療計画の内容について説明を受け、居宅での診療を行うことに同意致します。 平成 年 月 日			
患者氏名(自署)	印		
家族氏名(代表者)	印 (続柄)		



## 青和クリニック

〒191-0022 東京都日野市大字新井 865 番地 3

TEL: 042-594-1900 FAX: 042-594-1901