

(別紙様式2の1)

入院診療計画書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病名 (他に考え得る病名)	
症状	
治療計画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
その他の ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) *印は、亜急性期入院医療管理料を算定する患者にあつては必ず記入すること。

(主治医氏名) _____ 印

(本人・家族) _____

(別紙様式2の2)

入院診療計画書

(患者氏名)

殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
症状 治療により改善 すべき点等	
全身状態の評価 (ADLの評価を含む)	
治療計画 (定期的検査、日常 生活機能の保持・ 回復、入院治療 の目標等を含む)	
リハビリテーションの 計画 (目標を含む)	
栄養摂取に関する計画	
感染症、皮膚潰瘍等の 皮膚疾患に関する対策 (予防対策を含む)	
その他 ・看護計画 ・退院に向けた支援 計画 ・入院期間の見込み等	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(主治医氏名) _____ 印

(本人・家族) _____