

入院診療計画表【病院用】

患者氏名：

病棟	一般病棟	地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟	
経過	入院日～1週間	1週間～(転棟後入院期限2ヶ月間)	退院1ヶ月前	退院時	
部門	医師	<ul style="list-style-type: none"> 診察 検査計画 リハビリ計画 食事指示 患者様・家族様の意向確認 介護保険認定指示 合併症治療指示 治療計画説明 安静度指示 	<ul style="list-style-type: none"> 医学的管理 予後予測の修正 補装具等の検討 定期検査 介護保険意見書作成 	<ul style="list-style-type: none"> 医学的管理 定期検査 補装具等の検討 予後予測の修正 	<ul style="list-style-type: none"> 医学定期管理 退院後の病状管理指導 定期検査 身体障害者診断書の作成依頼 情報提供書作成
	看護師	<ul style="list-style-type: none"> 情報確認 オリエンテーション 看護計画作成 入院時評価 	<ul style="list-style-type: none"> オリエンテーション 看護計画の評価・修正 生活支援 病棟訓練 	<ul style="list-style-type: none"> 看護計画の評価・修正 外出・外泊の支援 生活支援 病棟訓練 	<ul style="list-style-type: none"> 看護計画の評価修正 退院後の生活支援 病棟訓練 看護サマリーの作成
	リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> 初期評価(身体・運動機能等) 初期評価(言語・嚥下機能等) リハビリ計画書作成 リハビリ訓練開始 	<ul style="list-style-type: none"> 再評価(身体・運動機能等) 再評価(言語・嚥下機能等) 	<ul style="list-style-type: none"> 補装具等の検討 リハビリ訓練 	<ul style="list-style-type: none"> 退院時評価(身体・運動機能等) 退院時評価(言語・嚥下機能等) 退院時リハビリ指導 情報提供書作成
	医療ソーシャルワーカー	<ul style="list-style-type: none"> 初期面談 情報収集 今後の方向性について相談 介護認定申請等の説明 	<ul style="list-style-type: none"> 方向性の確認 	<ul style="list-style-type: none"> 方向性の決定 介護認定確認 在宅・施設サービスの調整 	<ul style="list-style-type: none"> 退院調整
	薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> 服薬チェック 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤指導 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤指導 	<ul style="list-style-type: none"> 退院時薬剤指導
	栄養士	<ul style="list-style-type: none"> 栄養管理計画書 	<ul style="list-style-type: none"> 栄養管理 	<ul style="list-style-type: none"> 栄養管理 	<ul style="list-style-type: none"> 退院時指導

退院・転院基準	
自宅退院	家族介護や介護保険サービス等を利用し、安定した日常生活が可能
施設入所	家族介護や介護保険サービス等を利用し、安定した日常生活が困難
転院	継続した入院での医学的管理が必要を判断される場合

<退院時情報>

病院名：医療法人回生会 大西病院

主治医：





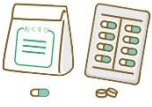


平成 年 月 日

入院診療計画表【患者用】


患者氏名：

様（ 入院日：平成 年 月 日 ）

説明日：平成 年 月 日

病棟	一般病棟	地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟
経過	入院日～1週間	1週間～(転棟後入院期限2ヶ月間)	退院1ヶ月前	退院時
部門	医師	入院時診療・検査を実施します。 患者様やご家族様の意向の確認と今後の治療方針を説明します。	回診・診療等による医学的な管理を行います。 患者様やご家族様の意向の確認と治療計画の説明を行います。 	退院後の医学管理について指導をします。
	看護師	入院生活に関する説明を行います。 情報の確認をさせて頂き、作成した看護計画をもとにケアを行います。	入院中の健康管理を行います。 看護計画の評価を行い、ケアを見直します。 	退院後の生活・外来受診の説明をします。
	リハビリ	患者様の状態を評価し、状態に合わせてリハビリを実施します。 	専門的リハビリテーションを実施します。 定期的に評価を行い、リハビリを見直します。 家屋調査やご家族様へ介助法の支援をします。 	退院後の生活を踏まえた訓練指導等を行います。
	医療ソーシャルワーカー	患者様やご家族様の今後の生活に関する意向を確認します。 各種制度の紹介を行います。 	介護認定の確認。 在宅サービスの調整を行います。 施設サービスの調整を行います。	ケアマネジャー・在宅サービス・施設へ情報提供を行います。
	薬剤師	 薬剤管理を行います。(必要な場合、服薬指導を行います。)		退院後の薬剤管理・指導をします。
	栄養士	 栄養管理を行います。(必要な場合、栄養指導を行います。)		退院後の栄養管理・指導をします。

退院・転院基準	
自宅退院	家族介護や介護保険サービス等を利用し、安定した日常生活が可能
施設入所	家族介護や介護保険サービス等を利用し、安定した日常生活が困難
転院	継続した入院での医学的管理が必要を判断される場合

 医療法人回生会 大西病院

主治医： _____ リハビリ責任者： _____

病棟看護師： _____ 相談担当者： _____