様式－ウ

療養支援計画

患者氏名：	病名：

計画日：　　年　　月　　日	記入者：

心身の課題　バイタルサイン、運動障害、呼吸障害、嚥下障害、排尿障害、自律神経障害、ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ障害、認知機能低下、医療処置、口腔ケア、栄養状態、精神的不安、等

コーディネーション

診療：1. 適切な診療科を受診しているか。　　**3. 受療の仕方は適切か（身体的課題、不安、治療の自己管理状況、生活状態等を医師に伝えて、必要な助言を得ているか。）**

2. 定期的で、適切な時期に受診しているか。　　4. 必要な場合には、複数の医師(医療機関)を主治医としているか（眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、精神科、等）。

看護：療養者の状態に応じた看護が提供されているか（量と質）。　　**生活：生活上で支援を必要とすることがあるか（QOLの視点を含めて）。**

介護：療養者の状態に応じた介護が提供されているか（量と質）。　　**家族：療養者の在宅療養を支える家族の生活の保障はされているか。**

次回計画予定：　　年　　月　　No.（　　）

	現状･前回計画後の経過要約(目標達成評価)	目　　標	計　画（案）
心身			
診療			
看護			
介護			
生活			
家族			