

療養支援計画

患者氏名：

病名：

様式ーウ

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。

2. 定期的に、適切な時期に受診しているか。

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）。

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）。

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。）

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）。

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）。

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			