**療養支援計画**

様式－ウ

患者氏名：

病名：

記入者：

計画日：　　年　　月　　日

**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 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |