

様式 14

医療観察デイ・ケア等 疾患別等診療計画

患者氏名		性別		生年月日	
主治医		デイ・ケア 担当職員			
診断		既往症			
入院歴	□なし □あり(最終入院 年 月～ 年 月 病院)				
治療歴 (デイ・ケア 等の利用歴 を含む)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり デイ・ケア等利用歴 <input type="checkbox"/> ショート・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> デイ・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> ナイト・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> デイ・ナイト・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> その他 (施設名 利用期間)				
現在の状況 (症状・治療 内容等)					
デイ・ケア利 用目的					
デイ・ケア内 容	(具体的なプログラム内容とその実施頻度及び期間について記載をすること。)				
デイ・ケア目 標	短期目標(概ね3ヶ月以内)				
	長期目標(概ね1年以内)				
特記事項					