

見本**Do・Follow-up シート**

※前回の計画の実施内容と目標達成状況をご記入ください。

| 施設名 | | | 記入者 | | |
|------------------------------------|----|-------------|-----|----------|--|
| チームメンバー構成（1年後の目標達成状況を検討した者） | | | | | |
| 職種 | 人数 | 職種 | 人数 | | |
| 身体症状担当医師 | | 医療ソーシャルワーカー | | | |
| 精神症状担当医師 | | 医療心理に携わる者 | | | |
| 専従看護師 | | 管理栄養士 | | | |
| 専従以外の看護師 | | その他 | | | |
| 薬剤師 | | 合計 | | 人 | |

| Do:実施した内容 | | Follow-up :1年後の目標達成状況 | | | | |
|---|--|---|------------|----------|--------|--------|
| 改善計画について、チーム全体で実際に実施したことや工夫したこと、実施が難しいことや苦勞したことを記載してください。 | | 緩和ケアチーム全体で、目標の達成状況について該当する○を一つクリックし、その理由を下記へ記載してください。 | | | | |
| 1 | | 達成していない | あまり達成していない | 概ね達成している | 達成している | 判断できない |
| | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2 | | 達成していない | あまり達成していない | 概ね達成している | 達成している | 判断できない |
| | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3 | | 達成していない | あまり達成していない | 概ね達成している | 達成している | 判断できない |
| | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |