

退院後支援に関する情報提供

平成 年 月 日

〇〇県〇〇保健所 御中

山形市保健所

フリガナ	生年月日	大正	年	月	日生
支援対象者氏名 (男・女)		昭和			
転居前住所：					
転居前住居形態： 家族同居 独居 グループホーム等 その他 () 不明					
転居後住所：					
転居後住居形態： 家族同居 独居 グループホーム等 その他 () 不明					
電話番号：					
転居(予定)日	平成 年 月 日				
転居後の支援に関する本人の希望	自治体による退院後支援を：希望する 希望しない わからない 希望する支援内容：				
転居後の支援に関する 家族その他の支援者の希望	自治体による退院後支援を：希望する 希望しない わからない 希望する支援内容： 氏名： 続柄： 連絡先：				
転居後の通院の必要性	あり(情報提供済/情報提供未/医療機関未定) なし 医療機関名： 連絡先： 所在地：				
転居後に必要なその他の 医療等の支援	<input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援 <input type="checkbox"/> 身体合併症治療 <input type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療サービス(訪問看護、デイケア等、その他) <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス () <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他 ()				
支援期間中の医療等の支援の中断	あり なし (ありの場合) 支援中断時の状況及び対応				
支援期間中の入院	回 直近の入院期間：平成 年 月～平成 年 月(入院時の入院形態：)				
その他特記事項 (転居前の医療等の支援の実施 状況を踏まえて記載)					
<input type="checkbox"/> 退院後支援に関する情報を貴自治体に提供することについて、本人の同意を得ています。(平成 年 月 日 同意取得)					

●転居前の退院後支援に関する計画は別紙参照。