（要領様式第３号）

年　　月　　日

山形市保健所長　様

所在地
病院名
管理者

精神障がい者の退院後支援の要否等に関する連絡票

当院に入院している下記の精神障がい者について、退院後支援の要否に関する意見及び退院後支援計画に基づく支援を受けることへの本人の意向について連絡します。

記

<table>
<tr><td rowspan="6">対　象　者</td><td>住　　所
【入院時の居所】</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="4"></td><td>男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="5">昭和・平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>入院年月日</td><td colspan="5">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>入院形態
【いずれかを選択】</td><td colspan="5">入院当初の入院形態　：　措置 ・ 医療保護 ・ 応急
現在の入院形態　：　措置 ・ 医療保護 ・ 任意</td></tr>
<tr><td>帰住予定地
【いずれかを選択】</td><td colspan="5">①　住所に同じ　　②　未定・不明
②　その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">退院後支援の要否に関する主治医意見</td><td>地域への退院が見込まれる時期</td><td colspan="5">※○年○月頃、○ケ月後など</td></tr>
<tr><td rowspan="2">退院後支援の要否判定
【該当する欄に○印】</td><td>措 置 入 院 者</td><td>要</td><td></td><td>否</td><td></td></tr>
<tr><td>その他の入院者</td><td>要</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>判定の理由
【要の場合のみ記載】</td><td colspan="5">※措置入院者は該当する理由を記載。その他入院者の場合は、特に退院後支援が必要な理由を詳細に記述。</td></tr>
<tr><td>主治医氏名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">退院後支援計画に基づく支援を受けることへの対象者の意向
【判定が否の場合は記載不要】</td><td>退院後に支援を受ける意向</td><td colspan="5">有　・　無</td></tr>
<tr><td>聴取した時期</td><td colspan="5">年　　月</td></tr>
<tr><td>聴取した担当者</td><td colspan="5">職・氏名</td></tr>
</table>