

退院後支援に関する計画に係る意見書

平成 年 月 日

病院名:

所在地:

管理者名:

※は入院継続時の必須記入項目

フリガナ		生年月日	大正			
氏名	様 (男・女)		昭和	年	月	日生
			平成		(満 歳)	
帰住先住所:						
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:						
病名*	●身体合併症がある場合は、その病名を併せて記載すること					
今回の入院年月日*	平成 年 月 日					
退院後の生活に関する本人の希望*						
家族その他の支援者の意見*	氏名: 続柄: 連絡先:					
退院予定日	平成 年 月 日 未定					
入院継続の必要性*	要 (医療保護・任意・転院(精神科/身体科)) 不要 推定入院期間: 転院先病院名: 連絡先:					
医療・障がい福祉サービス等に関する 基本情報*	自立支援医療: 無 有 不明 申請予定 精神障害者保健福祉手帳: 無 有 (級) 不明 申請予定 療育手帳: 無 有 (等級) 不明 申請予定 身体障害者: 無 有 (級) 不明 申請予定 障害年金受給: 無 有 (級) 不明 申請予定 障がい支援区分: 無 有 (区分) 不明 申請予定 要介護認定: 無 有 () 不明 申請予定 生活保護受給: 無 有 不明 申請予定					
退院後に必要な医療等の支援	<input type="checkbox"/> 精神科外来通院 <input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援 <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"/> 身体合併症治療 <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他					

支援内容				
	支援担当機関	本人の支援ニーズ・課題	支援内容	連絡先 (担当者)
1				
2				
3				
4				
5				
必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針				
計画に基づく支援期間				
主治医氏名*				
退院後生活環境相談 担当者/相談員氏名*				

病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

平成 年 月 日

私の調子が悪くなる前は (サインは)	
-----------------------	--

サインかなと思ったら

私のすること	
周りの人にしてほしいこと	
周りの人にしてほしくないこと	

緊急連絡先

① 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

② 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

③ 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

連絡してほしくない人

① 続柄 _____ 名前 _____

② 続柄 _____ 名前 _____