

退院後支援に関する計画

平成 年 月 日

※は入院継続時の必須記入項目

〇〇県〇〇課／△△市△△保健所

フリガナ		大正				
氏名	様 (男・女)	生年月日	昭和	年	月	日生 (満 歳)
帰住先住所：						
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					
入院先病院※	病院名：		連絡先：			
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：					
退院日(予定)	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・障害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 障害支援区分： 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"/> 障害福祉サービス <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※				

- 計画に基づく支援期間中に転居される場合は、担当保健所にご連絡ください。同意をいただければ、転居先の自治体に退院後支援に関する計画の内容等を情報提供いたします。

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 _____