

(別紙様式6)

# 退院支援計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

入 院 日 :        年        月        日  
計 画 着 手 日 :    年        月        日  
計 画 作 成 日 :    年        月        日

病棟(病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
退院に関する患者以外の相談者	家族・その他関係者( )
退院支援計画を行う者の氏名 (下記担当者を除く)	
退院困難な要因	
退院に係る問題点、課題等	
退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想される福祉サービス等	
退院後に利用が予想される福祉サービスの担当者	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日:      年      月      日

(病棟の退院支援担当者) 印

(入退院支援部門の担当者) 印

(本人)