

(別紙様式6)

退院支援計画書

(患者氏名) 殿

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