

(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)