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 | | |
| 患者以外の相談者 | 家族・その他関係者() | |
| 患者の状態 | | |
| 患者の意向 | | |
| 退院困難な要因 (医学的要因) | 1. 精神症状 4. IADLの低下 2. 問題行動 5. 身体合併症 | |
| 退院困難な要因 (社会・環境的要因) | 1. 家庭内調整() 2. 受け入れ先の確保が困難()) 3. 生活費の確保が困難()) 4. 自己負担の費用が増加()) 5. その他() | |
| 退院に係る問題点、 課題等 | | |
| 退院へ向けた目標設定、評価時期、支援概要 | 退院へ向けた目標 評価時期 支援概要 | |
| 予想される退院先 | 1. 自宅) 2. 障害福祉サービスによる入所施設() 3. 介護保険サービスによる入所施設() 4. その他() | |
| 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 | | |
|---------|-----|-----|---------|--|---|
| (担当医) | | | | | 印 |
| (病棟退院支援 | 計画担 | 3当精 | 神保健福祉士) | | 印 |
| (本人) | | | | | |