

(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)