

(別紙様式 6 の 4)

計画作成日： 年 月 日

計画見直し予定日： 年 月 日

退院支援計画書

氏名： 様 性別：男・女 生年月日： 年 月 日 (歳)

主治医： 看護師： 精神保健福祉士：

参加者

本人 家族 主治医 看護師・保健師 精神保健福祉士 薬剤師 作業療法士 公認心理師

訪問看護ステーション 行政機関 障害福祉サービス等事業者 介護サービス事業所

その他 ()

病名	
今回の入院年月日	

退院後の生活に関する本人の希望

家族その他の支援者の意見

--	--

支援ニーズ／課題への対応

評価項目	支援の必要性	課題内容 本人の希望	本人の実施事項 (※1)	支援者の実施事項 (※1)	支援者 (機関名・担当者名・連絡先)
環境要因	<input type="checkbox"/>				
生活機能 (活動)	<input type="checkbox"/>				
社会参加	<input type="checkbox"/>				
心身の状態	<input type="checkbox"/>				
支援継続に 関する課題 (※2)	<input type="checkbox"/>				
行動に関する 課題 (※3)	<input type="checkbox"/>				

(※1) 課題内容、本人の希望に対する実施事項を記載すること

(※2) 病状の理解の程度や自己管理等 (※3) アルコールや薬物、自他の安全確保に関する課題、こだわり等

医療・障害福祉サービス等に関する基本情報	自立支援医療	無	有	不明	申請予定
	精神障害者保健福祉手帳 :	無	有 (級)	不明	申請予定
	療育手帳 :	無	有 (等級)	不明	申請予定
	身体障害者 :	無	有 (級)	不明	申請予定
	障害年金受給 :	無	有 (級)	不明	申請予定
	障害支援区分 :	無	有 (区分)	不明	申請予定
	要介護認定 :	無	有 ()	不明	申請予定
退院後に必要な医療等の支援	生活保護受給 :	無	有	不明	申請予定
	<input type="checkbox"/> 精神科外来通院	<input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援			
	<input type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療サービス（訪問看護、デイケア等、その他）				
	<input type="checkbox"/> 身体合併症治療	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 介護サービス	<input type="checkbox"/> その他	

調子が悪くなってきたときのサイン	
自分でわかるサイン	周りの人気がづくサイン
サインに気づいたときにすること	
自分がすること	周りの人者がすること

緊急連絡先 : <u>氏名</u>	所属	連絡先
緊急連絡先 : <u>氏名</u>	所属	連絡先
緊急連絡先 : <u>氏名</u>	所属	連絡先

署名 本人 : _____ 主治医 : _____ 担当者 : _____