

(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
	生活保護受給：	無	有	不明	申請予定	
退院後に必要な医療等の支援	<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	周りの人が気づくサイン
サインに気づいたときにすること	
自分がすること	周りの人がすること

緊急連絡先：氏名	所属	連絡先
緊急連絡先：氏名	所属	連絡先
緊急連絡先：氏名	所属	連絡先

署名 本人： _____ 主治医： _____ 担当者： _____