

## 退院支援委員会会議記録

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

委員会開催日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病棟(病室)	
病名	
入院年月日	
担当退院支援相談員の氏名	
出席者	主治医( _____ )、主治医以外の医師( _____ ) 看護職員( _____ ) 担当退院支援相談員( _____ ) 本人( 出席・欠席 )、 家族( _____ (続柄) _____ ) その他( _____ )
退院困難な要因 (医学的要因)	1. 精神症状 2. 問題行動 3. ADLの低下 4. IADLの低下 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	1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 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 社会福祉サービス等	
退院後に利用が予想される 社会福祉サービスの 担当者	

(担当医)

印

(記録者署名)

印