

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