

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 | |
| 患者以外の相談者 | 家族・その他関係者() |
| 患者の状態 | |
| 患者の意向 | |
| 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 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

(担当医)

(病棟退院支援計画担当精神保健福祉士)

(本人)

印

印