様式７

退院後支援に関する計画に係る意見書

令和　　年　　月　　日

病 院 名：

所 在 地：

管理者名：

　※は入院継続時の必須記入項目

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | | | 生年月日 | 大正 | | | | |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　 （男 ・ 女） | | | | | 昭和　　　　　年　　　　　月　　　　　日生 | | | | |
| 平成　　　　　　　　　　　（満　　　　歳） | | | | |
| 帰住先住所： | | | | | | | | | | |
| 住居形態：　　家族同居　　　独居　　　ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ等　　　その他（　　　　　　　　　　　）　　不明 | | | | | | | | | | |
| 電話番号： | | | | | | | | | | |
| 病　名※ | ●身体合併症がある場合は、その病名を併せて記載すること | | | | | | | | | |
| 今回の入院年月日※ | 令和　　　　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※ | |  | | | | | | | | |
| 氏　名： |  | | | | 続柄： | |  | |
| 連絡先： |  | | | | | | | |
| 退院予定日 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　未定 | | | | | | | | |
| 入院継続の必要性※ | | 要 （ 医療保護 ・ 任意 ・ 転院(精神科／身体科) ）　　不要 | | | | | | | | |
| 推定入院期間： | |  | | | | | | |
| 転院先病院名： | |  | | | | 連絡先： | |  |
| 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 | | □　精神科外来通院　 □　保健センター・保健所等による相談支援 | | | | | | | | |
| □　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） | | | | | | | | |
| □　身体合併症治療　 □　障害福祉サービス　 □　介護サービス □　その他 | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支援内容 | | | | |
|  | 支援担当機関 | 本人の支援ニーズ・課題 | 支援内容 | 連絡先  （担当者） |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針 | | | | |
|  | | | | |
| 計画に基づく支援期間 | |  | | |
| 主治医氏名※ | |  | | |
| 退院後生活環境相談  担当者／相談員氏名※ | |  | | |