様式１２

退院後支援に関する情報提供

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　保健センター・保健所　御中

広島市　　　　保健センター

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | | 生年月日 | 大正 | | | | |
| 支援対象者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　 （男 ・ 女） | | | | 昭和　　　　　年　　　　　月　　　　　日生 | | | | |
| 平成　　　　　　　　　　　（満　　　　歳） | | | | |
| 転居前住所： | | | | | | | | | |
| 転居前住居形態：　　家族同居　　独居　　ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ等　　その他（　　　　　　　　　　　　）　　不明 | | | | | | | | | |
| 転居後住所： | | | | | | | | | |
| 転居後住居形態：　　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： | | | | | | | | | |
| 転居（予定）日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 転居後の支援に関する本人の希望 | 自治体による退院後支援を：　希望する　　　　希望しない　　　わからない | | | | | | | | |
| 希望する支援内容： | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 転居後の支援に関する  家族その他の支援者の希望 | 自治体による退院後支援を：　希望する　　　　希望しない　　　わからない | | | | | | | | |
| 希望する支援内容： | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 氏　名： |  | | | | 続柄： | |  | |
| 連絡先： |  | | | | | | | |
| 転居後の通院の必要性 | あり（情報提供済 / 情報提供未 / 医療機関未）　　なし | | | | | | | | |
| 医療機関名： | |  | | | | 連絡先： | |  |
| 所在地： |  | | | | | | | |
| 転居後に必要なその他の  医療等の支援 | □　保健所等による相談支援　　　　　　□　身体合併症治療 | | | | | | | | |
| □　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） | | | | | | | | |
| □　障害福祉サービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| □　介護サービス　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 支援期間中の医療等の支援の中断 | あり　　　なし | | | | | | | | |
| （ありの場合）支援中断時の状況及び概要： | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |
| 支援期間中の入院 | 回 | | | | | | | | |
| 直近の入院期間：令和　　年　　月～令和　　年　　月（入院時の入院形態：　　　　　　　） | | | | | | | | |
| その他特記事項  （転居前の医療等の支援の実施  状況を踏まえて記載） |  | | | | | | | | |
| □ 退院後支援に関する情報を貴自治体に提供することについて、本人の同意を得ています。(令和　　年　　月　　日　同意取得) | | | | | | | | | |

●転居前の退院後支援に関する計画は別紙参照。