（参考様式）

個人情報が記載されています。取扱いについて注意してください。

退　院　後　支　援　計　画

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日　作成

作成元：

連絡先：

|  |
| --- |
| 本人の情報 |
| フリガナ |  | 職業 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  | 性別 |  |
| 現住所（居住地） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（独居・同居） |
| 電話番号 |  |
| 退院後の帰住先 |  |
| 電話番号 |  |
| 支援者となる家族の状況 |
| 氏名 | 続柄 | 住所 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 措置入院情報 |
| 措置入院先 | 病院名 | 住所 | 電話番号 |
|  |  |  |
| 措置入院日 |  | 措置入院解除日 |  |
| 措置入院解除後の処置 | 1　入院（任意　・　医保　・　他科）　　　２　通院医療　　　３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病名 |  |
| 入院又は通院先 | 病院名 | 住所 | 電話番号 |
|  |  | 　　　　　　 |
| 本人の希望 |
|  |

|  |
| --- |
| 課題・目標等 |
|  |
| 解除（退院）後の支援の方針 |
|  |
| 退院後の支援内容 |
| ※退院後の具体的な支援の内容や関係機関の役割、訪問の実施、通院が中断した際の対応等について記載する。※措置入院解除後、他の入院形態へ移行する場合、措置入院解除前に作成する退院後支援計画には、「措置解除後の治療方針」、「入院継続先の医療機関が、退院の見通しが立った際に措置を行った事務所に連絡する旨」、「他の入院形態から退院後、退院後支援計画の見直しを行う」等記載する。 |
| 支援期間 | 平成　　年　　月　　日　～平成　　年　　月　　日 |
| 支援関係機関 |
| 関係機関名 | 電話番号 | 担当者 | 支援内容（役割） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| その他留意事項 |
|  |