参考様式

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 氏名　　様 （男 ・ 女）	生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日生 平成 令和　　（満　　歳）
帰住先住所：		
住居形態：　家族同居　独居　グループホーム等　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※	