退院後支援に関する計画に係る意見書

【様式3】

　平成　　　　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  昭和　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　日生  平成　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（満　　　　　歳） |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（男　・　女） | | |
| 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※ | 平成　　　　　　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 | | 平成　　　　　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 | | |

※措置入院が必要と判断した

精神保健指定医が主治医と

異なる場合は（）内に記載

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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※ | | （　精神保健指定医氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 退院後生活環境相談  担当者／相談員氏名※ | |  | | |

病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

別紙１

　平成　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 私の調子が悪くなる前は  （サインは） |  |
| サインかなと思ったら | |
| 私のすること |  |
| 周りの人にしてほしいこと |  |
| 周りの人にしてほしくないこと |  |

緊急連絡先

1. 所属/続柄　　　　　　　　　　　　　　　名前　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号
2. 所属/続柄　　　　　　　　　　　　　　　名前　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号
3. 所属/続柄　　　　　　　　　　　　　　　名前　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

連絡してほしくない人

1. 続柄　　　　　　　　　　　　　　　名前
2. 続柄　　　　　　　　　　　　　　　名前