

退院支援計画書

氏名： _____ 様 性別：男・女 生年月日： 年 月 日 (歳)

主治医： _____ 看護師： _____ 精神保健福祉士： _____

参加者

- 本人 家族 主治医 看護師・保健師 精神保健福祉士 薬剤師 作業療法士 公認心理師
- 訪問看護ステーション 行政機関 障害福祉サービス等事業者 介護サービス事業所
- その他 (_____)

病 名	
今回の入院年月日	

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

--	--

支援ニーズ／課題への対応

評価項目	支援の 必要性	課題内容 本人の希望	本人の実施事項 (※1)	支援者の実施事項 (※1)	支援者 (機関名・担当者名・連絡先)
環境要因	<input type="checkbox"/>				
生活機能 (活動)	<input type="checkbox"/>				
社会参加	<input type="checkbox"/>				
心身の状態	<input type="checkbox"/>				
支援継続に 関する課題 (※2)	<input type="checkbox"/>				
行動に関する 課題 (※3)	<input type="checkbox"/>				

(※1) 課題内容、本人の希望に対する実施事項を記載すること
 (※2) 病状の理解の程度や自己管理等 (※3) アルコールや薬物、自他の安全確保に関する課題、こだわり等

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	<input type="checkbox"/> 精神科外来通院 <input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 身体合併症治療 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他				

調子が悪くなってきたときのサイン	
自分でわかるサイン	周りの人が気づくサイン
サインに気づいたときにすること	
自分がすること	周りの人がすること

緊急連絡先：氏名 _____ 所属 _____ 連絡先 _____
緊急連絡先：氏名 _____ 所属 _____ 連絡先 _____
緊急連絡先：氏名 _____ 所属 _____ 連絡先 _____

署名 本人： _____ 主治医： _____ 担当者： _____