

(別紙様式6)

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

入院日：平成 年 月 日
計画着手日：平成 年 月 日
計画作成日：平成 年 月 日

病棟(病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
退院に関する患者以外の 相談者	家族・その他関係者()
退院支援計画を 行う者の氏名 (下記担当者を除く)	
退院困難な要因	
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標設定、 支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想さ れる福祉サービス等	
退院後に利用が予想さ れる福祉サービスの 担当者	

注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日： 年 月 日

(病棟の退院支援担当者) _____ 印

(入退院支援部門の担当者) _____ 印

(本人) _____