

退院後支援に関する情報提供

令和 年 月 日

〇〇県〇〇保健所 御中

神奈川県〇〇保健福祉事務所／△△市保健所

フリガナ	生年月日	大正	年	月	日生
支援対象者氏名 (男・女)		昭和			
転居前住所：					
転居前住居形態： 家族同居 独居 グループホーム等 その他 () 不明					
転居後住所：					
転居後住居形態： 家族同居 独居 グループホーム等 その他 () 不明					
電話番号：					
転居（予定）日	令和 年 月 日				
転居後の支援に関する本人の希望	自治体による退院後支援を：希望する 希望しない わからない				
	希望する支援内容：				
転居後の支援に関する 家族その他の支援者の希望	自治体による退院後支援を：希望する 希望しない わからない				
	希望する支援内容：				
	氏名：		続柄：		
転居後の通院の必要性	あり（情報提供済/情報提供未/医療機関未定）		なし		
	医療機関名：		連絡先：		
	所在地：				
転居後に必要なその他の 医療等の支援	<input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援		<input type="checkbox"/> 身体合併症治療		
	<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"/> 障害福祉サービス（)				
	<input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他（)				
支援期間中の医療等の支援の中断	あり なし				
	（ありの場合）支援中断時の状況及び対応				
支援期間中の入院	回				
	直近の入院期間：平成・令和 年 月～平成・令和 年 月 （入院時の入院形態：)				
その他特記事項 （転居前の医療等の支援の実施 状況を踏まえて記載）					
<input type="checkbox"/> 退院後支援に関する情報を貴自治体に提供することについて、本人の同意を得ています。（ 年 月 日 同意取得）					

●転居前の退院後支援に関する計画は別紙参照。