

本人記入

退院後支援申込書

大田区保健所長 殿

私は退院した後、私の希望に添って地域で安心して生活できるよう、医療機関や退院後に居住する自治体をはじめとする地域の関係機関から必要な医療および地域生活等の支援を受けることを希望します。

については、退院後支援計画*¹の作成を申し込みます。

また、関係機関の協力のもと支援を受けるため、支援に必要な個人に関する情報*²を支援関係者*³で共有することに同意します。

年 月 日

住所

氏名

生年月日

(代筆の場合：記入者氏名

続柄

)

- * 1 退院後支援計画とは、あなたが退院された後、安心して地域生活が過ごせるよう、必要な支援内容等を記載した書類です
- * 2 個人情報については大田区個人情報保護条例に基づいて適切に運用し、目的外に使用することはありません
- * 3 支援関係者とは、あなたが支援を希望する自治体、医療機関、障害福祉サービス事業者、介護サービス事業者、東京都等の退院後支援計画に基づく支援の関係者を指します。

病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

年 月 日

氏名

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 _____

記入者 本人 ・ その他 (_____) ・ 支援者 (_____)

病院記入

退院後支援計画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		大正			
氏名	様 (男・女)	生年月日	昭和	年	月 日生 (満 歳)
平成					
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 愛の手帳(東京都療育手帳)： 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 入院前のサービス 無 有 ()				
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				

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				
計画に基づく支援機関				
主治医氏名又は指定医 [※]				
退院後生活環境相談 担当者／相談員氏名 [※]				

評価年月日： 年 月 日

退院後支援のニーズに関するアセスメント

医療機関名：

主治医又は指定医氏名：

退院後生活環境相談担当者/相談員氏名：

本人氏名：	性別： 男 ・ 女	年齢：	歳						
評価項目 A:環境要因,B:生活機能(活動),C:社会参加,D:心身の状態, E:支援継続に関する課題,F:行動に関する課題	本人評価				スタッフ評価				特記事項
	0	1	2	9	0	1	2	9	
A1 住居：退院後の居住先	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A2 経済的援助：生活保護等の経済的援助の必要性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A3 親しい関係者：家族、パートナー等との関係性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A4 子供の世話：18歳以下の子供の養育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A5 介護：家庭内の高齢者、障害者の介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B1 食事：料理、外食、適切な食事の購入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B2 生活環境の管理：自室や生活環境を整えること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B3 セルフケア：入浴、歯磨き等の生活保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B4 電話：電話の有無、電話使用の可否	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B5 移動：公共交通機関、車等の移動手段の利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B6 金銭管理：金銭の管理と計画的な使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B7 基礎教育：読み書き、計算等の基礎学力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C1 日中の活動：適切な日中の時間の過ごし方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C2 交流：家族以外との社会的交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D1 精神病症状：幻覚、妄想、思考障害等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D2 身体的健康：身体疾患、副作用を含む身体症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D3 心理的苦痛：不安、抑うつ、悩みごと等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D4 性的な問題：性嗜好の問題、性機能障害等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E1 処遇・治療情報：処遇・治療に関する情報提供とその理解	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E2 治療・支援への動機づけ/疾病の自己管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F1 アルコール：アルコールに関連する問題全般	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F2 薬物：処方薬依存・乱用を含む薬物関連の問題全般	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F3 自分に対する安全：自殺関連行動等、セルフネグレクト等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F4 他者に対する安全：暴力、威嚇行動等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F5 その他の行動上の問題：衝動性や強迫行為、嗜癖等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
支援に関する意見									

0=支援の必要なし,1=この領域に問題があるが、効果的な支援を受けている,2=この領域に問題があり、効果的な支援を受けていない,9=不明