退院後支援に関する計画

様式１（記入例）

熊本県・熊本市

**記入例**

　　　年　　　　月　　　　日

※は入院継続時の必須記入項目

熊本市こころの健康センター

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | 生年月日 | 大正  昭和　　　　　　５１　年　　　１０　月　　１０　　日生  平成　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（満　４２　歳） |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様  　　　　　　　　　熊本　太郎　　　　　　　　　　　　・　女） | | |
| 帰住先住所：熊本県×× | | | | |
| 電話番号：　０９０－××××ー△△△ | | | | |
| 病　　名※ | 統合失調症　　糖尿病  ●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　５　　年　　４　　月　　１　　　日 | | | |
| 入院先病院※ | | 病院名：　○　○　病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：　０９６-×××-△△△△ | | |
| 退院後の生活に関する本人の希望※ | | 仕事をしたい | | |
| 家族その他の支援者の意見※ | | きちんと薬を飲んで、病院に通ってほしい。経済的援助はできるが、日常生活の支援は難しい。  氏名：　　熊本　次郎　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄：　弟  連絡先：０９０－××××ー１１１ | | |
| 退院日（予定） | | 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　　　　　　不明　　　申請予定  精神障害者保健福祉手帳：　　　無　　　（ ２　　　級）　　不明　　申請予定  療育手帳：　　　　　　有（等級 　　　）　　不明　　申請予定  身体障害者：　　　　　　有（ 　　　級）　　不明　　申請予定  障害年金受給：　　　無　　　（ ２　　　 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：　 　　 　　　有（　　　 　　　　　　）　　　不明　　　申請予定  生活保護受給：　　　　　　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 | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ○○保健所 | 近所づきあい | 必要時の相談や訪問、サービスの調整 | ０９６×ー△△ー1234  （担当保健師：○○） |
| 2 | △○病院 | 病状確認  日中活動 | 外来診療、デイケア | ０９６×ー△△ー12○○  （相談員：××） |
| 3 | ○×クリニック | 糖尿病治療 | 外来診療、栄養指導 | ０９６×ー△△ー４３○○  （相談員：××） |
| 4 | △○相談支援事業所 | 相談相手 | 定期的な訪問、必要時の相談  福祉サービスの調整 | ０９６×ー△△ー1１○○  （相談員：○○） |
| 5 | ××訪問介護事業所 | 適切な食事、掃除 | 日常生活のサポート | ０９６×ー△△ー２2○○  （未定） |
| 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 | | | | |
| 外来受診日に通院されなかった場合は、携帯にお電話を差し上げます。（△○病院）  電話がつながらない場合、お姉さんに連絡をとり、必要があれば保健所から訪問します。 | | | | |
| 計画に基づく支援期間※ | | 6カ月以内を基本として設定（　　　　　年　　　　月　　　　日まで）6か月 | | |
| 計画調整担当者氏名 | | 担当保健師　○○ | | |

●計画に基づく支援期間中に転居される場合は、担当保健所にご連絡ください。同意をいただければ、転居先の自治体に退院後支援に関する計画の内容等を情報提供いたします。



様式２（記入例）

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

　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 私の調子が悪くなる前は  （サインは） | 寝つきが悪くなる。新聞を読まなくなる。テレビを見たくなくなる。テレビの音が大きくなる。 |
| サインかなと思ったら | |
| 私のすること | デイケアのスタッフに相談する。  病院の外来に電話連絡する。  音楽を聴く。頓服を飲んで早めに寝る。 |
| 周りの人にしてほしいこと | 家に来てほしい。  　食事を作って欲しい。 |
| 周りの人にしてほしくないこと | すぐに入院の話をすること。  　午前中の訪問。 |

緊急連絡先

1. 所属/続柄　　　△○病院地域連携室　　名前　　×○　　　　　　　　電話番号
2. 所属/続柄　　　△○相談支援事業所　　名前　　○○　　　　　　　　電話番号
3. 所属/続柄　　　弟　　　　　　　　　　　　　　名前　　熊本　次郎　　　　電話番号

連絡してほしくない人

1. 続柄　　　　　母　　　　　　　　名前　　熊本　花子

（体調を崩しているので心配をかけたくない）

1. 続柄　　　　　　　　　　　　　　　名前