退院支援計画書

ID　　年　月　日（入院日）

患者氏名：　　殿　　年　月　日（計画日）

生年月日：　　性別：　　年　月　日（変更日）

病　　名		
養育を担う人		
退院支援を行う者の氏名	主治医	
	看護師長	
	担当看護師	
	退院調整担当者	
退院に向けて支援が必要な状況	医療の面	☐ 医療処置が必要（　　） ☐ 継続して療育・リハビリが必要 ☐ 哺乳状況や体重増加の観察が必要 ☐ その他（　　）
	養育の面	☐ 育児について　☐ 養育について ☐ 養育協力者について　☐ 経済面について ☐ その他（　　）
退院に向けた目標	退院後の生活に必要な指導および地域支援・サービス等を受け、お子さんとご家族が安全に安心して生活できる。	
支援期間	年　月　日　～　退院日まで	
支援内容	☐ 育児の指導　☐ 養育支援体制の調整 ☐ 医療処置の指導　☐ 在宅医療に伴う機器・物品の調整 ☐ 保健師との連携　☐ 他の医療機関・療育施設等との連携 ☐ 訪問看護師との連携　☐ 医療費等制度の活用 ☐ その他（　　）	
予想される退院先	☐ 自宅　☐ 他の医療機関　☐ 療育施設　☐ その他（　　）	
退院後に利用が予測される社会資源・サービス等及び担当者	≪制度・手当など≫ ☐ 子ども医療費　☐ 自立支援医療費　☐ 小児慢性特定疾病医療費 ☐ 障害者手帳　☐ 特別児童扶養手当　☐ 障害児福祉手当 ☐ 日常生活用具給付（　　）　☐ その他（　　）	
	≪地域支援・サービスなど≫ ☐ 市町村の母子保健サービス（担当者：　　） ☐ 訪問看護（　　） ☐ ホームドクター（　　） ☐ 他の医療機関・療育施設等の利用（　　） ☐ 医療機器業者の支援（　　） ☐ その他（　　）	

注）上記内容は現時点で考えられるものであり、状態の変化などに応じて変更となる場合があります。

説明日　　年　月　日　　説明者サイン：

保護者サイン：　　（続柄　　）