

退院後支援に関する計画

年 月 日

〇〇県△△保健所

フリガナ ヤマガタ ハジメ	生年月日	大正 昭和 平成	50年	10月	5日生 (満43)
氏名 山形 一 様 (男・女)					
帰住先住所：山形県B市△△1-2-3					
電話番号：090-xxxx-1004					
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	平成30年○月×日				
入院先病院	病院名： ○△病院	連絡先：023-603-△△△△			
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	きちんと病院に通ってほしい 経済的な援助はできるが、日常生活の支援は厳しい。 氏名：山形花 続柄：妹 連絡先：080-1234-5xxx				
退院日(予定)	平成30年○月○日 未定				
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 <input checked="" type="radio"/> 有 不明 申請予定 精神障害者保健福祉手帳： 無 <input checked="" type="radio"/> 有 (2級) 不明 申請予定 療育手帳： <input checked="" type="radio"/> 無 有 (等級) 不明 申請予定 身体障害者手帳： <input checked="" type="radio"/> 無 有 (級) 不明 申請予定 障害年金受給： 無 <input checked="" type="radio"/> 有 (2級) 不明 申請予定 障害支援区分： 無 有 (区分) 不明 <input checked="" type="radio"/> 申請予定 要介護認定： <input checked="" type="radio"/> 無 有 () 不明 申請予定 生活保護受給： <input checked="" type="radio"/> 無 有 不明 申請予定				
退院後に必要な医療等の支援	<input checked="" type="checkbox"/> 精神科外来通院 <input checked="" type="checkbox"/> 保健所等による相談支援 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 身体合併症治療 <input checked="" 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	A 保健所 B 市健康福祉課	近所づきあい	必要時の相談や訪問、サービスの調整	023-6〇〇-xxxx (保健師：板垣) 023-△△△-2111 (保健師：馬場)
2	C 病院 (通院医療機関;精神科)	日中活動	外来診療、デイケア	023-▽▽▽-1111 (PSW：阿部)
3	D クリニック (通院医療機関;内科)	糖尿病治療	外来診療、栄養指導	023-〇〇〇-xx11 (担当医：縦川)
4	E 事業所 (相談支援事業所)	適切な食事、掃除	日常生活のサポート	023-xxx-11〇〇 (未定)
5	F 訪問看護ステーション	精神症状のコントロール	訪問介護 食事のアドバイス 緊急時の連絡	023-xxx-〇〇〇〇 (看護師：大村)
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				
<p>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。(C病院またはF訪問看護ステーションより)</p> <p>電話が繋がらない場合、妹さんに連絡をとり、必要があれば保健所が訪問。</p>				
計画に基づく支援期間		6 カ月		

- 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。

病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

平 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。
-----------------------	---------------------------------

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。 訪問看護ステーションの 24 時間電話に連絡する。 音楽を聴く。頓服薬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。 食事をつくってほしい。
周りの人にしてほしくないこと	すぐに入院の話をする事。 午前中の訪問。

緊急連絡先

- ① 所属/続柄 F 訪問看護ステーション 名前 大村 恵 電話番号 023-xxx-0000
- ② 所属/続柄 C 病院 名前 阿部 真理亜 電話番号 023-▽▽▽-1111
- ③ 所属/続柄 妹 名前 山形 花 電話番号 080-1234-5xxx

連絡してほしくない人

- ① 続柄 父 名前 山形 太郎 (がんで治療中なので、余計な心配をかけたくない)
- ① 続柄 _____ 名前 _____