

医療保護入院者退院支援委員会審議記録

委員会開催年月日 年 月 日

| | | | | |
|---------------------------|---|------|----------------|-------|
| 患者氏名 | | 生年月日 | 大正 昭和 平成 | 年 月 日 |
| 住所 | | | | |
| 担当退院後生活環境相談員の氏名 | | | | |
| 入院年月日 (医療保護入院) | | | | |
| 出席者 | 主治医 ()、主治医以外の医師 () 看護職員 () 担当退院後生活環境相談員 () 本人 (出席・欠席)、家族 ((続柄)) その他 () | | | |
| 入院診療計画書に記載した 推定される入院期間 | | | | |
| 本人及び家族の意見 | | | | |
| 入院継続の必要性 | 有 ・ 無 | | | |
| 入院継続が必要である場合 | 理由 | | | |
| | 推定される入院期間 | | | |
| 退院に向けた取組 | | | | |
| その他 | | | | |

〔病院管理者の署名 : 〕

〔記録者の署名 : 〕