

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 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 退院後生活環境 相談員の氏名 | | | | | | |
| 現在の入院期間 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで |
| 出席者 | 主治医 () 看護職員 () 退院後生活環境相談員 () 本人 (出席・欠席)、家族等 ((続柄)) その他 () | | | | | |
| 本人及び家族等の意見 | | | | | | |
| | 有 ・ 無 | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 入院期間の更新の必要性の有無とその理由 退院に向けた具体的な取組 | | | | | | |
| 更新後の入院期間 ※入院から6ヶ月経過までは3か月以内、6か月経過後は6ヶ月以内の期間。 | 年 | 月 | 日まで | | | |
| その他 | | | | | | |

〔病院管理者の署名： 〕

〔記録者の署名： 〕