退院後支援に関する情報提供

様式7

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　年　　　　月　　　　日

〇〇県○○保健所　御中

高知市保健所

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | 生年月日 | 大正  昭和　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　日生  平成　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（満　　　　　歳） |
| 支援対象者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（男　・　女） | | |
| 転居前住所： | | | | |
| 転居前住居形態：　　　家族同居　　　独居　 　グループホーム等　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　不明 | | | | |
| 転居後住所： | | | | |
| 転居後住居形態：　　　家族同居　　　独居　 　グループホーム等　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　不明 | | | | |
| 電話番号： | | | | |
| 転居（予定）日 | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 転居後の支援に関する本人の希望 | 自治体による退院後支援を：希望する　　　　　　希望しない　　　　　　わからない  希望する支援内容： | | | |
| 転居後の支援に関する  家族その他の支援者の希望 | 自治体による退院後支援を：希望する　　　　　　希望しない　　　　　　わからない  希望する支援内容：  氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄：  連絡先： | | | |
| 転居後の通院の必要性 | あり（情報提供済/情報提供未/医療機関未定）　　　　　　なし  医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：  所在地： | | | |
| 転居後に必要なその他の  医療等の支援 | | □　保健所等による相談支援　　　　　　　□　身体合併症治療  □　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）  □　障害福祉サービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　介護サービス　　　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 支援期間中の医療等の支援の中断 | | あり　　　　なし  （ありの場合）支援中断時の状況及び対応 | | |
| 支援期間中の入院 | | 回  直近の入院期間：　　　年　　月～　　　年　　月（入院時の入院形態：　　　　　　　　　　　） | | |
| その他特記事項  （転居前の医療等の支援の実施  状況を踏まえて記載） | |  | | |
| □　退院後支援に関する情報を貴自治体に提供することについて、本人の同意を得ています。（　　　年　　　月　　　日　同意取得） | | | | |

●転居前の退院後支援に関する計画は別紙参照。