

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	委員会では、以下の 3 点その他必要な事項を審議する。 ①医療保護入院者の入院継続の必要性の有無とその理由 ②入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間 ③②の推定される入院期間における退院に向けた取組
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	本人、家族 (家族がいる場合) の意見を必ず記載 ※本人が委員会に欠席の際は、その理由も記載する。
-----------	--

入院継続の必要性	有 ・ 無
----------	-------

入院継続が必要である場合	理由	医療保護入院の継続が必要な病状と治療状況を記載。 「重症かつ慢性の状態を呈していると判断した」ため 1 年以上の入院が必要な場合はそのことも記載する。
--------------	----	---

	推定される入院期間	最長 11 か月までの期間を記載する。 「退院支援委員会の対象としない」と 記載しない。
--	-----------	--

退院に向けた取組	退院に向けたこれまでの取組と、今後の取組について詳細に 記載する。
----------	--------------------------------------

その他	管理者、記録者の署名欄は、自署もしくは記名・押印 をお願いします。
-----	--------------------------------------

[病院管理者の署名 :]

[記録者の署名 :]