別添様式２

**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 | |  | | | |
| ・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 | | 有　　・　　無 | | | |
|  | | | |
| 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：　　　　　　　　　　　　　　　〕