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 | 　　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：　　　　　　　　　　　　　　　〕