

別添様式3

医療保護入院者退院支援委員会の結果のお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

平成 年 月 日

医療保護入院者退院支援委員会での審議の結果について下記のとおりお知らせいたします。

記

1. 開催日時 平成 年 月 日 () : ~ :

2. 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 ()

3. 入院継続の必要性 (有 ・ 無)

【有りの場合のその理由】

()

4. 今後の推定される入院期間 ()

5. 今後の退院に向けた取組

()

病院名

管理者の氏名

退院後生活環境相談員の氏名