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：　　　　　　　　　　　　　　　〕