별첨 양식 ２

의료보호 입원자 퇴원 지원 위원회 심의 기록

위원회 개최일 년 월 일

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 환자 성명 |  | | | 생년월일 | | |  | |  | 년 | 월 | 일 |
| 퇴원 후 생활환경  상담원 성명 |  | | | | | | | | | | | |
| 현재의 입원 기간 | 년 | 월 | 일부터 | |  | 년 | |  | 월 | 일까지 | |  |
| 출석자 | | 주치의(  간호직원(  퇴원 후 생활환경 상담원(  본인(출석・결석), 가족 등(  기타( | | | | | | |  | (관계) | | )  )  )  )  ) |
| 본인 및 가족 등의 의견 | |  | | | | | | | | | | |
| ・입원 기간 갱신 필요성의 유무와 그 이유  ・퇴원을 위한 구체적인 계획 | |  |  | | 유 | • | |  | 무 |  | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 갱신 후 입원 기간  ※입원일로부터 6개월 경과 전까지는 3개월 이내, 6개월 경과 후는 6개월 이내의 기간 | |  |  | | 년 |  | | 월 |  | 일까지 | |  |
| 기타 | |  | | | | | | | | | | |

〔병원관리자 서명: 〕

〔기록자 서명: 〕