Mẫu đính kèm số 2

Biên bản Hội chẩn của Ủy ban hỗ trợ sau khi ra viện cho bệnh nhân nhập viện để chăm sóc y tế và bảo vệ

Ngày tháng năm tổ chức Hội chẩn của Ủy ban: Ngày ... tháng ... năm ...

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Họ tên bệnh nhân |  | | | Ngày tháng năm sinh | | | | Ngày ... tháng ... năm ... | |
| Họ tên nhân viên tư vấn môi trường sống sau khi xuất viện |  | | | | | | | | |
| Thời gian nằm viện hiện tại | Từ ngày ... tháng ... năm ... đến ngày ... tháng ... năm ... | | | | | | | |  |
| Người tham dự | | Bác sĩ điều trị chính (　　　　　　　　　　　　　　　 )  (Nhân viên điều dưỡng ( )  Nhân viên tư vấn môi trường sống sau khi xuất viện ( )  (Mối quan hệ)  Bệnh nhân (có mặt/vắng mặt), Người nhà, v.v.  Người khác ( ) | | | | | | | |
| Ý kiến của bệnh nhân và người nhà, v.v.. | |  | | | | | | | |
| - Sự cần thiết phải gia hạn thời gian nằm viện và lý do  - Các nỗ lực cụ thể để có thể ra viện | |  | Cần thiết | | / |  | Không cần thiết | | |
|  | | | | | | | |
| Thời gian nằm viện sau khi gia hạn  \*Là thời gian trong vòng 3 tháng kể từ ngày nhập viện cho đến trước khi qua 6 tháng. Nếu đã qua 6 tháng thì trong vòng 6 tháng. | | Đến ngày ... tháng ... năm ... | | | | | | |  |
| Nội dung khác | |  | | | | | | | |

[Chữ ký của Quản lí bệnh viện: ]

[Chữ ký của người viết biên bản: ]