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: ]