

岡山県知事 殿

所在地
病院名
管理者氏名

措置入院者症状消退届

下記の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

措置入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名	(男・女)			
	住所	都道府県	郡市区	町村区	
措置入院年月日	年 月 日				
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()			
入院以降の病状又は状態像の経過の概要 〔措置症状の消退と関連〕 して記載すること。					
措置症状の消退を認めた精神保健指定医の氏名	署名				
措置解除後の処置に関する意見	1 入院継続(任意入院, 医療保護入院, 他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他()				
退院後の帰住先	1 自宅(家族と同居, 単身) 2 施設 3 その他()				
帰住先の住所	都道府県	郡市区	町村区		
訪問支援等に関する意見					
障害福祉サービス等の活用に関する意見					
主治医の氏名					

- (注) 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
2 措置症状の消退を認めた精神保健指定医の氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
3 選択肢が記載されている欄においては、それぞれ該当する算用数字等を○で囲むこと。