様式第２号

措置入院者症状消退届出書

年　　月　　日

　　熊本市長（宛）

病院の名称

所在地

管理者氏名

　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。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 措置入院者 | フリガナ | 　 | 生年月日 |  | 年　　月　　日生（満　　歳） |
| 氏名 | （男・女） |
| 住所 | 　 | 都道府県 | 　 | 郡市区 | 　 | 町村区 | 　 |
| 措置年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 病名 | １　主たる精神障害ICDカテゴリー(　　) | ２　従たる精神障害ICDカテゴリー(　　) | ３　身体合併症 |
| 　入院以降の病状又は症状像の経過措置症状の消退と関連して記載してください。 | 　 |
| 措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名 | 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（Ⅰ家族と同居　Ⅱ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 | 　 |
| 訪問指導等に関する意見 | 　 |
| 障害福祉サービス等の活用に関する意見 | 　 |
| 主治医氏名 | 　 |

記載上の留意事項

１内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載してください。

２　措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名してください。

３　選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ字等を○で囲んでください。