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。