様式12

措置入院者の症状消退届

平成　　 年　　 月　　 日

　殿

病 院 名

所 在 地

管理者名 印

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 | 明治大正昭和平成 | 年　　月　　日生（満　　歳） |
| 氏 名 | （男･女） |
| 住 所 | 都道　　　　　　郡市　　　　　　町村府県　　　　　　 区 　　　　　　 区 |
| 措置年月日 | 昭和平成 | 　　　　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状態像の経過措置症状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　　　　　　郡市　　　　　　町村府県　　　　　　 区 　　　　　　 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すること。

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すること。

３　選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。