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。