

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			
	氏名	(男・女)		生年月日
	住所	都道府県	市区	町村区
措置年月日	昭和 平成 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 〔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) 4 死亡 5 その他 ()		2 通院医療	3 転医
退院後の帰宅先	1 自宅 (i 家族と同居、ii 単身) 3 その他 ()		2 施設	
帰宅先の住所	都道府県	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。