様式第６号（第11条関係）

措置入院者の症状消退届

　　年　　月　　日

　　広島県知事様

病院名

所在地

管理者名

　次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 | 　年　　月　　日(満　　歳) |
| 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 | 　 |

注　1　※欄は，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　「措置解除後の処置に関する意見」及び「退院後の帰住先」の欄は，該当するものを○で囲むこと。

　　4　用紙の大きさは，日本産業規格Ａ列４とする。