様式１

 転　院　申　請　書

 　　　年　　　月　　　日

　広島県　　　　　　保健所長　様

 病 院 名

 所 在 地〒

 管理者名

　次の措置入院者を転院させることが適当と認められますので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  措置入院者 |  氏名 |  （男・女） |  生年 月日 |  　　　　年　　月　　日 |  |
|  住所 |  〒 |
|  病　　　　　名 |  |
|   |  　　　　　　年　　　月　　 日 |
|  転院予定病院名 |  |
|  転院予定年月日 | 年　　　月　　 日 |
|   |  |
|  |  |
|  搬送委託の要否 |  　必要（搬送する病院等；　 ）・不要 |

様式２

 転　　院　　通　　知　　書

 　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　病院管理者

 　 様

 広島県　　　　保健所長

　次のとおり、転院を決定しました。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  措置入院者 |  氏名 |  （男・女） |  生年 月日 |  　　　　年　　月　　日 |  |
|  住所 |  〒 |
| 入院年月日　 年 | 年　　　月　　　日月 　 日i |
| 転院措置年月日 | 年　　　月　　　日 |
|  転院先 |  病院名 |  |
|  所在地 |  〒 |
|  |  |
|  |  |
|  転院前の病院名 |  |
|  公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

様式３

 仮　退　院　許　可　書

 　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　病院管理者

 　 様

 広島県　　　　保健所長

　　　　年　　　月　　　日付けの精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第４０

条の規定による仮退院許可申請については、次のとおり許可します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  措置入院者 |  氏　名 |  |  |
|  帰住地 |  〒 |
|  | 　　　　　年　　　月　　　日から 　（　　　日間） 　　　年　　　月　　　日まで |
| 入院時基本診療料 |  日 |
| 備　　　　　　考 |  |
|  |

様式４

 仮　退　院　通　知　書

 　　　年　　　月　　　日

 様

 広島県　　　　保健所長

　次のとおり、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第４０条の規定による仮退院を

許可しました。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  措置入院者 |  氏　名 |  |  |
|  帰住地 |  〒 |
|  |  |
|  | 　　 |
|  | 　　　　　年　　　月　　　日から 　（　　　日間） 　　　年　　　月　　　日まで |
|  |  |
|  備　　　　　　考 |  |

様式５

 仮　退　院　許　可　書

 　　　年　　　月　　　日

 　　　　　　　　　病院管理者

 　 様

 広島県　　　　保健所長

　　　　年　　　月　　　日付けの精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第４０

条の規定による仮退院許可申請については、次のとおり許可します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  措置入院者 氏　　　名 | 帰　　　　　住　　　　　地 |  仮退院許可期間 |  入院時基 本診療料 請求日数 |
|  |  〒 |  　　　年　月　日から 　　　年　月　日まで （　　日間） |  日 |
|  |  〒 |  　　　年　月　日から 　　　年　月　日まで （　　日間） |  日 |
|  |  〒 |  　　　年　月　日から 　　　年　月　日まで （　　日間） |  日 |
|  |  〒 |  　　　年　月　日から 　　　年　月　日まで （　　日間） |  日 |
|  |  〒 |  　　　年　月　日から 　　　年　月　日まで （　　日間） |  日 |
|  |  〒 |  　　　年　月　日から 　　　年　月　日まで （　　日間） |  日 |
|  |  〒 |  　　　年　月　日から 　　　年　月　日まで （　　日間） |  日 |
|  |  〒 |  　　　年　月　日から 　　　年　月　日まで （　　日間） |  日 |
|  |  〒 |  　　　年　月　日から 　　　年　月　日まで （　　日間） |  日 |

様式６

 仮　退　院　者　帰　院　届

 　　　年　　　月　　　日

 広島県　　　　　　保健所長　様

 病 院 名

 所 在 地〒

 管理者名

　次のとおり、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第４０条の規定による仮退院中

の者が、許可期間より前に帰院しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  措置入院者 |  氏　名 |  |  |
|  帰住地 |  〒 |
| 仮退院許可期間 | 　　　　　年　　　月　　　日から 　（　　　日間） 　　　年　　　月　　　日まで |
|  |  　　　年　　　月　　　日 |
|  |  |
|  |  |

様式７

 入　院　措　置　解　除　通　知　書

 　　　　年　　　月　　　日

 様

 　広島県　　　　保健所長

 第２９条の４

　次のとおり、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 第３８条の３ の規定により

 第３８条の５

入院措置を解除します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  措置入院者 |  氏　名 |  （男・女） |  生年 月日 |   　　　　　年　　月　　日  |  |
|  帰住地 |  |
|  |  |  |  |
| 措置解除年月日 |  　　　年　　　月　 　日 |
|  |  |

様式７の２

入　院　措　置　解　除　の　お　知　ら　せ

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

 広島県　　　　保健所長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第２９条の４

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律　第３８条の３　の規定により、あなたの入院措

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第３８条の５

置を、　　年　月　日で解除します。

　注　必要に応じ適宜文言の追加修正を行って差し支えない。

様式８

 入　院　者　の　届　出　事　項　の　変　更　届

 　　　年　　　月　　　日

　広島県　　　　　　保健所長　様

 病 院 名

 所 在 地〒

 管理者名

　次の入院者について、下記のとおり変更等がありましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  入 院 者 |  氏名 |  （男・女） |  生年 月日 | 年　　月　　日 |
|  住所 |  〒 |
|  入院年月日 |  年 月 日 |  保険区分 |  |
|  入院形態 |  措置入院・医療保護入院(３３条１項・３３条２項) |

 記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  入院者 に関す る変更 | 変更年月日 |  　　　年　　　月　　　日 |
|  変 更 後 |  氏名 |  |  保険区分 |  |
|  住所 |  〒  |

（注）保険区分については、措置入院者以外は記入不要

様式９

 無　　断　　退　　去　　届

 　　　年　　　月　　　日

　広島県　　　　　　保健所長　様

 病 院 名

 所 在 地〒

 管理者名

 次の者が無断退去し、行方不明になりましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  入院者 |  氏　名 |  　　　（男・女） |  生年月日 | 年　　月　　日 　　　　（満　　　歳） |  |
|  住　所 |  〒 |
|  病　名 |  |  入院形態 |  措置・医療保護・任意 |
|  入院年月日 |  　　 年 月　　　　 日 |
|  無断退去日時 |  　　　 年 月 日 時 分頃 |
|  症状及び無断退去 時の概要 |  |
|  発見するために参 考となるべき人相 服装等参考事項 |  |
|  退去からこれまで の処置 |  |
|  |  |
|  今後の捜索方針 |  |

様式１０

 無　断　退　去　者　帰　院　届

 　　　　　年　　　月　　　日

　広島県　　　　　　保健所長　様

 病 院 名

 所 在 地〒

 管理者名

　　　　　年　　月　　日付けで届出の無断退去者が帰院したので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 　 入院者 |  氏　名 |  　　　（男・女） |  生年月日 | 年　　月　　日 　　　　（満　　　歳） |  |
|  住　所 |  〒 |
|  |  |
| 発見の場所及び |  |
|  |  　　 年　　　　月　　　　日 時頃 |
|  |  　　 年　　　　月　　　　日 時頃 |
|  |  |
|  | 備　　　　　考 |  |  |

様式１１

 事　　故　　報　　告　　書

 　　　　　年　　　月　　　日

　広島県　　　　　　保健所長　様

 病 院 名

 所 在 地〒

 管理者名

 次のとおり事故がありましたので報告します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  入院者 |  氏　名 |  　　　（男・女） |  生年月日 | 年　　月　　日 　　　　（満　　　歳） |  |
|  住　所 |  〒 |
|  病　名 |  |  入院形態 |  措置・医療保護・任意 |
|  |  年　　　　月　　　　日 |
| 事故発生年月日 |  　　 年　　　　月　　　　日 時頃 |
|  |  |
|  |  |
|
|
|  | その他参考事項 |  |  |