大阪府提出用

年度別一連番号番号

－

医療保護入院者の退院届

令和　　 年　　 月　　 日

大 阪 府 知 事　 様

病 院 名

所 在 地

管理者名

下記の医療保護入院者が退院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の２の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療保護入院者 | フリガナ |  | | 生 年  月 日 | 大正  昭和  平成  令和 | | 年　　月　　日生  （満　　歳） |
| 氏 名 | （男･女） | |
| 住 所 | 都道　　　　　　郡市　　　　　　町村  府県　　　　　　 区 　　　　　　 区 | | | | | |
| 入院年月日  （医療保護入院） | 平成  令和 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 退院年月日 | 令和 | 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 | |
| 退院後の処置 | 1 入院継続（任意入院・措置入院・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　入院年月日の欄は、第33条第１項又は第２項による医療保護入院の年月日を記載すること。

２　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。

保健所提出用

年度別一連番号番号

－

医療保護入院者の退院届

令和　　 年　　 月　　 日

大 阪 府 知 事　 様

病 院 名

所 在 地

管理者名

下記の医療保護入院者が退院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の２の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療保護入院者 | フリガナ |  | | 生 年  月 日 | 大正  昭和  平成  令和 | | 年　　月　　日生  （満　　歳） |
| 氏 名 | （男･女） | |
| 住 所 | 都道　　　　　　郡市　　　　　　町村  府県　　　　　　 区 　　　　　　 区 | | | | | |
| 入院年月日  （医療保護入院） | 昭和・平成  令和 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 退院年月日 | 令和 | 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 | |
| 退院後の処置 | 1 入院継続（任意入院・措置入院・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　入院年月日の欄は、第33条第１項又は第２項による医療保護入院の年月日を記載すること。

２　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。

　　　控

年度別一連番号番号

－

医療保護入院者の退院届

令和　　 年　　 月　　 日

大 阪 府 知 事　 様

病 院 名

所 在 地

管理者名

下記の医療保護入院者が退院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の２の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療保護入院者 | フリガナ |  | | 生 年  月 日 | 大正  昭和  平成  令和 | | 年　　月　　日生  （満　　歳） |
| 氏 名 | （男･女） | |
| 住 所 | 都道　　　　　　郡市　　　　　　町村  府県　　　　　　 区 　　　　　　 区 | | | | | |
| 入院年月日  （医療保護入院） | 昭和・平成  令和 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 退院年月日 | 令和 | 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 | |
| 退院後の処置 | 1 入院継続（任意入院・措置入院・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　入院年月日の欄は、第33条第１項又は第２項による医療保護入院の年月日を記載すること。

２　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。