

様式12

措置入院者の症状消退届

平成 年 月 日

大阪府知事様

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	都道府県	都市区	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)		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	都市区	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。