

緊急措置入院者の症状消退届

年 月 日

大阪府知事様

病院名
所在地
管理者名

印

下記の緊急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、届け出ます。

緊急措置入院者	フリガナ		生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
	氏名	(男・女)			
	住所				
緊急措置入院年月日	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 ()			
入院以降の症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		2 通院医療	3 転医 5 その他 ()	
退院後の帰住先	1 自宅 (i 家族と同居、ii 単身) 3 その他 ()		2 施設		
帰住先の住所					
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

- 「病名」及び「入院以後の病状又は状態像の経過」の欄は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字及びローマ数字等を○で囲むこと。