

様式第5号（第7条関係）

措置入院者の症状消退届

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

病 院 名
所 在 地
管理者名
電 話
電子メール

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 令和	年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)					
	住 所	都道 府県	郡市 区	町村 区			
措 置 年 月 日	昭和 平成 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		
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							
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 5 その他 ()			2 通院医療		3 転医	
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	都道 府県	郡市 区	町村 区				
訪 問 支 援 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 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。