

様式第5号（第7条関係）

（表）

措置入院者症状消退届

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

次のとおり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	氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日生
	住所			
措置年月日	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	
入院以降の症状又は状態像の経過				
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 ((1) 任意入院 (2) 医療保護入院 (3) 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 ((1) 家族と同居 (2) 単身) 2 施設 3 その他 ()			
帰住先の住所				
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				

(裏)

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 病名の欄及び入院以降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。
- 2 入院以降の病状又は状態像の経過の欄は、措置症状の消退と関連して記載すること。
- 3 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。
- 4 その他の欄で、番号、記号等の選択肢のある場合は、それぞれ該当する番号、記号等を○で囲むこと。