

様式12

措置入院者の症状消退届

令和 年 月 日

殿

病院名
所在地
管理者名

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 | | | |
| | 氏名 | (男・女) | 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日生 (満 歳) |
| | 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 | 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 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。