第１号様式（報告要領）

年　　　　月　　　　日

**東京都知事 殿**

**病院名**

**管理者名**

**精神科病院の管理者の届出**

　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項の要件に該当すると認められる下記入院中の精神障害者より退院の申出があったため、同法第26条の２の規定により届出ます。

明・大・昭・平・令

　　　　年　　月　　日生

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神障害者 |  |  | | | | | | | | 男・女 |
| 住所 | 電話 | | | | | | | | |
| 病名 |  | | | | | | | | |
| 入院年月日 | 昭和  平成  令和 | 年　　　　月　　　　日 | | 入院形態 | |  | | | |
| 家族等 |  |  | | | | | | 続柄 |  | |
| 住所 | 電話 | | | | | | | | |
| 病状の概要 | 入院当時の症状  現在の症状（今回の届出に至る自傷他害の症状を詳記すること） | | | | | | | | | |
| ※ | 精神保健指定医氏名 | |  | | | | | | | | |
| 主管課収受印 | | | | 保健所収受印・経由印 | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |

１　自傷他害のおそれがあると認められる入院患者からの退院の申出については、現在の症状を記載すること。

２　退院の申出があった入院者が自傷他害のおそれがあると判断した精神保健指定医の氏名を記載すること。

第２号様式（報告要領）

　　年　　月　　日

**東京都知事 殿**

**病院名**

**管理者名**

**措置入院者異動報告書**（　　　　　年　　　月分）　№

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | | 生年月日 | | 入院措置  年 月 日 | 新入院 | 再入院 | 転入院 | 帰院 | 仮退院 | | 転(出)院 | | 無断退院 | | 本退院 | | 死亡 | | の本退院  仮退院中 | | の本退院  無断退去中 | | 許可（承認）番号  仮退院期間  転院先(前)病院名  死因等記入欄 | |
| 患者氏名 | | |
|  | | 男・女 | 明大昭平 　令  ・ ・ | | 令和  ・ ・ |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |
|  | | 男・女 | 明大昭平 　令  ・ ・ | | 令和  ・ ・ |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |
|  | | 男・女 | 明大昭平 　令  ・ ・ | | 令和  ・ ・ |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |
|  | | 男・女 | 明大昭平 　令  ・ ・ | | 令和  ・ ・ |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |
|  | | 男・女 | 明大昭平 　令  ・ ・ | | 令和  ・ ・ |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |
|  | | 男・女 | 明大昭平 　令  ・ ・ | | 令和  ・ ・ |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |
|  | | 男・女 | 明大昭平 　令  ・ ・ | | 令和  ・ ・ |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |
|  | | 男・女 | 明大昭平 　令  ・ ・ | | 令和  ・ ・ |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |
| 計 | | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 月 末 現 在 措 置 入 院 患 者 数 | | | | | | | | | | | 月末現在医療保護（任意）  Ｅ 入　　 院　　 者　　 数  （無断退去、外泊を含む） | | | | | | | | | | | | | | Ｆ 合計（Ｄ＋Ｅ） |
| 入院者数 | | | | Ｃ 仮退院者数 | | Ｄ 小　　計  （Ａ＋Ｂ＋Ｃ） | | | | |
| Ａ 在院者数 | Ｂ 無断退去者数 | | |
|  |  | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 事務担当者氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

１　異動の有無にかかわらず、当該月の翌月５日までに提出すること。

２　異動日は該当欄に記入すること。

３　緊急入院者は、（本診察で）措置に該当した日が新入院日となる。

４　再入院は、合併症等により転院後、再度入院した場合を言う。

５　転入院は、措置入院後、転院して、当該病院に入院した場合を言う。

６　帰院は、仮退院後に戻ってきたときを言う。

７　本退院は、措置解除を言う。

８　仮退院中の本退院については、仮退院中の死亡を言う。

９　無断退去中の本退院については、無断退去中の死亡を言う。

第３号様式（報告要領）

年　　月　　日

**東京都知事 殿**

**措置入院者在院報告書**（　　　　年　　月末現在　　　名）　№

**医療機関名：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　　名 | 性別 | 生年月日 | 措置年月日 | ＊１  転入年月日 | 病名 | ＊２  備考 |
| １ |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| ２ |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| ３ |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| ４ |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| ５ |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| ６ |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| ７ |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| ８ |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| ９ |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| 10 |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| 11 |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| 12 |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| 13 |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| 14 |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| 15 |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| 16 |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| 17 |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| 18 |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| 19 |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| 20 |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| 21 |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| 22 |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |
| 23 |  | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ  ・　・ | Ｒ　　・　・ | Ｒ　　・　・ |  |  |

＊１ 転入年月日欄は、措置入院した病院から当該病院に転入した年月日を記入する。

＊２ 外国人の場合は、備考欄に国籍を記入すること。

＊３ 在院者の有無にかかわらず、当該月の翌月５日までに提出すること。

　（事務担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　）

第４号様式（報告要領）

　　年　　月　　日

**東京都知事 殿**

**病院名**

**管理者名**

**措置入院者変更報告書**

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の規定による下記の措置入院者について

変更事項があるため報告します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 措置入院者 | ふりがな | |  | | 男・女 |
| 氏　　名 | | 明・大・昭・平・令  年　　月　　日（　　歳） | |
| 住　　所 | |  | | |
| 入院措置年月日  （入院依頼書の番号） | | | 令和 | 年　　　月　　　日　（　　　福祉障精医第　　　号） | |
| 措置入院者  自身に関する  変更事項 | | 変更前 |  | | |
| 変更後 |  | | |
| 家族等  に関する  変更事項 | | 変更前 |  | | |
| 変更後 |  | | |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 備考  変更の理由  及び説明等 | | |  | | |
| 事務担当者氏名 | | |  | | |

（注）：変更前・変更後欄には、「病名何々」とか「住所何々」というように、変更事項をまず表示し、

　　 それから変更内容を記入すること。

第５号様式（報告要領）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

**東京都知事 殿**

**病院名**

**管理者名**

**措置入院者転院願**

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の規定による下記の措置入院者について

転院させたく願出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 措置入院者 |  | 明・大・昭・平・令  年　　月　　日生 | | 男・女 |
| 住　　　所 | 電話 | | |
| 入院措置年月日 | | 令和 | 年　　　月　　　日 | |
| 病名 | |  | | |
| 転院を必要とする理由 | |  | | |
| ※ | 転院（予定）年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| ※ | 転院先(予定)病院名 | |  | | |
| 精神保健指定医氏名 | |  | | |
| 事務担当者氏名 | |  | | |

※予め転院日や転院先が決定（予定）している場合に記載すること。

第６号様式（報告要領）

年　　月　　日

**東京都知事 殿**

**病院名**

**管理者名**

**措置入院者死亡報告書**

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の規定による下記の措置入院者が死亡

したため報告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 措置入院者 | ふりがな |  | | 男・女 |
| 氏名 | 明・大・昭・平・令  年　　月　　日生（　　歳） | |
| 住所 |  | | |
| 入院措置年月日 | | 令和 | 年　　　月　　　日 | |
| 家族等 | ふりがな |  | | |
| 氏名 | 続柄 | | |
| 住所 | 電話 | | |
| 病　　　　　名 | |  | | |
| 死　亡　日　時 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 症　　　　　状  （死　　　因） | |  | | |
| 精神保健指定医氏名 | |  | | |
| 事務担当者氏名 | |  | | |

※死亡後５日以内に提出すること。

第７号様式（報告要領）

年　　月　　日

**東京都知事 殿**

**病院名**

**管理者名**

**措置入院者事故報告書**

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の規定による下記の措置入院者の事故が

発生したため報告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 措置入院者 | ふりがな |  | | 男・女 |
| 氏名 | 明・大・昭・平・令  年　　月　　日生（　　歳） | |
| 住所 |  | | |
| 入院措置年月日 | | 令和 | 年　　　月　　　日 | |
| 家族等 | ふりがな |  | | |
| 氏名 | 続柄 | | |
| 住所 | 電話 | | |
| 病　　　　　名 | |  | | |
| 事　故　日　時 | | 年　　　月　　　日　　　時　　　分 | | |
| 事故発生の状況 | |  | | |
| 事故発生の原因 | |  | | |
| 事故に対する対応 | |  | | |
| 関係者への連絡 | | 有（連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・無 | | |
| 警察への連絡 | | 有（連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・無 | | |
| 事務担当者氏名 | |  | | |

※事故発生後５日以内に提出すること。内容は、具体的かつ詳細にわたるように記述すること。

なお、報告にあったっては、当該様式によらない適宜なものにしても差し支えない。

第８号様式（報告要領）

　　年　　月　　日

**東京都知事 殿**

**病院名**

**管理者名**

**医療保護入院者変更報告書**

下記の医療保護入院者について、変更事項があるため報告します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院患者氏名 | ふりがな |  | | | 男・女 |
| 氏名 | 明・大・昭・平・令  年　　月　　日生（　　歳） | | |
| 住所 | 都 道　　　　　　郡 市　　　　　町 村  　　　　　府 県　　　　　　区　　　　　　 区 | | | |
| 入院年月日 | | 昭和  平成  令和 | 年　　　月　　　日 | | |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 変更事項 | | 変更前 | | 変更後 | |
| 該当事項に  ○をつける  １　氏　　　 名  ２　住　　　 所  ３　その他  　 （　　　　　） | |  | |  | |
| 変更理由 | | １　入院者の身元が判明したため  ２　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 備考 | |  | | | |
| 事務担当者氏名 | |  | | | |

第９号様式（報告要領）

　　年　　月　　日

**東京都知事 殿**

**病院名**

**管理者名**

**医療保護入院者の入院届総括表（　　月分）**

下記のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 報告件数 | 月入院分　　　　　　　　　　　　　　　　　件 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法第33条第１項及び第２項の規定による医療保護入院者の入院届被提出者氏名等 | | | | | |
| No. | 氏　　　名 | 生　年　月　日 | | 法第33条第１項及び第２項の入院日 | 保 健 所 提 出 日 |
|  |  | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | Ｓ  Ｈ  Ｒ | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |

(事務担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　　)

注）提出上の留意事項

１　本表は、法第33条第１項及び第２項の規定による医療保護入院者の入院の有無にかかわらず毎月提出すること。

２　提出期限は当該月の翌月５日までとする。

３　記載に当たっては、法第33条第１項及び第２項の入院日順に記載すること。

第10号様式（報告要領）

　　年　　月　　日

**東京都知事 殿**

**病院名**

**管理者名**

**医療保護入院者の定期病状報告総括表（　　月分）**

下記のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 報告件数 | 月入院分　　　　　　　　　　　　　　　　　件 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 定期病状報告被提出者氏名等 | | | |
| 氏 名 | 入 院 年 月 日 | 保 健 所 提 出 日 | 備 考 |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |

(事務担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　　)

注）提出上の留意事項

１　本表は、定期病状報告書の提出の有無にかかわらず毎月提出すること。

２　提出期限は当該月の翌月５日までとする。

３　定期病状報告書は、入院日順に綴ること。

４　医療保護入院者の定期病状報告の時期は、入院した日の属する月の翌月から数えて12ヶ月毎とする。

第11号様式（報告要領）

　　年　　月　　日

**東京都知事 殿**

**病院名**

**管理者名**

**措置入院者の定期病状報告総括表（　　月分）**

下記のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 報告件数 | 月入院分　　　　　　　　　　　　　　　　　件 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 定期病状報告被提出者氏名等 | | | |
| 氏 名 | 入 院 年 月 日 | 保 健 所 提 出 日 | 備 考 |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |

(事務担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　　)

注）提出上の留意事項

１　本表は、定期病状報告書の提出の有無にかかわらず毎月提出すること。

２　提出期限は当該月の翌月５日までとする。

３　定期病状報告書は、入院日順に綴ること。

４　措置入院者の定期病状報告の時期は、措置入院となった日の属する月の翌月から数えて6ヶ月毎とする。ただし、入院年月日から起算して6ヶ月を経過するまでの間は、3ヶ月毎とする。

第12号様式（報告要領）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

**警察署長 殿**

**病院名**

**管理者名**

**無断退去者探索保護願**

　 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第39条の規定に基づき、下記の自傷他害のおそれの

ある精神障害者の探索保護をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 精神障害者 |  | 明・大・昭・平・令  年　　月　　日生 | 男・女 |
| 住　　　所 | 電話 | |
| 本籍 |  | |
| 無断退去年月日 | | 年　　　　月　　　　日 午前・午後　　　　時　　　　分頃 | |
| 病名 | |  | |
| 症状の概要 | |  | |
| 退去者発見のため  の参考事項  （人相、服装その他） | | 身長：　　　　　ｃｍ、体重：　　　　　㎏、血液型：  容貌：　　　　　　　　　　　　　　　、体格：  身体的特徴：  性癖：  退去時の服装：  所持品：  予想される立回り先： | |
| 保護上の注意事項 | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院年月日 | 昭和  平成  令和 | 年　　　月　　　日 | 入院形態 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族等 |  |  | | 続　柄 |  |
| 住　　　所 | 電話 | | | |
| 当該病院に入院する前に「障害福祉サービス」を利用していた場合は、その事業を行う者の名称等 | | ふりがな  事業者名 |  | | |
| 所在地 | 連絡先 | | |
| 発見時の連絡先 | | 担当者氏名  　　　　　　 電話 | | | |
| 備考 | |  | | | |

第13号様式（報告要領）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

**東京都知事 殿**

**病院名**

**管理者名**

**無断退去者報告書**

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第39条の規定による下記の自傷他害のおそれのある精神障害者が無断退去したので報告します。

なお、同法第39条の規定により、所轄警察署長に無断退去者の探索保護を依頼しました。

明・大・昭・平・令

年　　月　　日生

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神障害者 |  |  | | | | | | 男・女 |
| 住　　　所 | 電話 | | | | | | |
| 家族等 |  |  | | | | 続　柄 |  | |
| 住　　　所 | 電話 | | | | | | |
| 入院年月日 | | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | 入院形態 | 任意・医療保護・措置 | | | |
| 病名 | |  | | | | | | |
| 無断退去年月日 | | 年　　　　月　　　　日 午前・午後　　　　時　　　　分頃 | | | | | | |
| 無断退去時の症状 | |  | | | | | | |
| 無断退去時の状況 | |  | | | | | | |
| 公安上の危険の有無 | |  | | | | | | |
| **※** | 精神保健指定医氏名 | |  | | | | | | |
|  | 事務担当者氏名 | |  | | | | | | |

※無断退去者が自傷他害のおそれがあると判断した精神保健指定医の氏名を記載すること。

第14号様式（報告要領）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

**東京都知事 殿**

**病院名**

**管理者名**

**無断退去者帰院報告書**

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第39条の規定により、無断退去者の探索保護の依頼を行っていた下記の精神障害者が帰院したので報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神障害者  明・大・昭・平・令  年　　月　　日生 |  |  | | | | | | 男・女 |
| 住　　　所 | 電話 | | | | | | |
| 家族等 |  |  | | | | 続　柄 |  | |
|  | | | |  | |
| 住　　　所 | 電話 | | | | | | |
| 入院年月日 | | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | 入院形態 | 任意・医療保護・措置 | | | |
| 病名 | |  | | | | | | |
| 無断退去年月日 | | 年　　　　月　　　　日 午前・午後　　　　時　　　　分頃 | | | | | | |
| 帰院日時 | | 年　　　　月　　　　日 午前・午後　　　　時　　　　分 | | | | | | |
| 発見場所 | |  | | | | | | |
| 無断退去後、発見から帰院に至るまでの経過 | | | | | | | | |
| 精神保健指定医氏名 | |  | | | | | | |
| 事務担当者氏名 | |  | | | | | | |

第15号様式（報告要領）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

**東京都知事 殿**

**病院名**

**管理者名**

**措置入院者仮退院許可申請書**

　　下記のとおり仮退院させたいので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40条の規定に

より申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 措置入院者  明・大・昭・平・令  年　　月　　日生 |  |  | | | 男・女 |
| 帰住地 | 電話 | | | |
| 入院年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | |
| 家族等 |  |  | 続柄 |  | |
| 住所 | 電話 | | | |
| 病名 | |  | | | |
| 仮退院予定期間 | | 年　　　　月　　　　日　～　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 精神病床の利用状況 | | 許可病床　　　 　　　 　床　　／ 　入院患者数 　　　　　　　　　名 | | | |
| 仮退院期間中の  治療計画 | |  | | | |
| 症状の概要 | |  | | | |
| 予後の見通し | |  | | | |
| 指導方針 | |  | | | |
| 仮退院中の訪問指導 | | 必　要　　　　　　　　　　　　　必要ない | | | |
| 仮退院を必要と認めた  精神保健指定医氏名 | |  | | | |
| 事務担当者氏名 | |  | | | |

第16号様式（報告要領）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

**東京都知事 殿**

**病院名**

**管理者名**

**措置入院者再入院報告書**

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40条の規定により仮退院していた下記の措置

入院者が再入院したので報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 措置入院者  明・大・昭・平・令  年　　月　　日生 |  |  | | | | 男・女 |
| 住　　　所 | 電話 | | | | |
| 家族等 |  |  | | 続　柄 |  | |
| 住　　　所 | 電話 | | | | |
| 入院措置年月日 | | 令和 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 病名 | |  | | | | |
| 仮退院許可年月日 | | 年　　　月　　　日から　　　　　　　年　　　月　　　日まで | | | | |
| 再入院年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 仮退院中及び  再入院時の症状 | |  | | | | |
| 精神保健指定医氏名 | |  | | | | |
| 事務担当者氏名 | |  | | | | |