別記第５号様式（第２条関係）

医療保護入院者の退院届出書

年　　月　　日

　熊本県知事　　　　　様

病院の名称

所在地

管理者氏名

下記の医療保護入院者が退院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「法」という。）第３３条の２の規定により届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療保護入院者 | フリガナ |  | | | | 生年月日 | | | 明治  大正  昭和  平成 | 年　　月　　日生  （満　　歳） | | | |
| 氏名 | （男・女） | | | |
| 住所 |  | 都道府県 |  | | | 郡市区 |  | | | 町村区 | |  |
| 入院年月日  （医療保護入院） | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 退院年月日 | 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 | |
| 退院後の処置 | １入院継続（任意入院・措置入院・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（Ⅰ家族と同居　Ⅱ単身）　２施設  ３その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | |
| 備考  １　入院年月日の欄は、医療保護入院の年月日（法第３３条第１項又は第３項の規定による入院を経た場合にあっては、その入院年月日）を記載してください。  ２　選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ字等を○で囲んでください。 | | | | | | | | | | | | | |