

保健所長 殿

所在地

病院名

管理者氏名

措置入院者仮退院許可申請書

次の者を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(昭和25年法律第123号)第40条の規定により許可を申請します。

措置入院者	フリガナ			生年月日	年	月	日生	
	氏名	(男・女)				(満)	歳)	
	居住地	都道府県	郡市区	町村区				
	入院年月日	年	月	日				
家族等	フリガナ		続		生年月日	年	月	日生
	氏名	(男・女)	柄				(満)	歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区				
	フリガナ		続		生年月日	年	月	日生
	氏名	(男・女)	柄				(満)	歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区				
病名			転帰					
症状の概要及び予後の見通し								
仮退院の予定期間	年 月 日から 年 月 日まで							
仮退院期間中の治療計画	1 通院治療 2 訪問支援 3 軽作業 4 その他()							
診察した精神保健指定医の氏名	署名							

- (注) 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 家族等の欄は、親権者が両親の場合は、そのいずれについても記載すること。
3 家族等の住所の欄は、親権者が両親であって住所が異なる場合は、そのいずれについても記載すること。
4 診察した精神保健指定医の氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。