（様式２７号）

**仮退院患者帰院届**

 　　　　　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日

 　　　　　　　　保健福祉（環境）事務所長　　殿

 　　　　　 　　病院所在地

　　　　　 　 　病　院　名

 　　　　　 　　管理者名

　下記の者は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中のところ、帰院

しましたのでお届けします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  措置入院者 |  氏名 |  |  男 ・ 女 |  生年 月日 |  　　 年　　月 　日生 　　 （満　 歳） |  |
|  住所 |  　　　　 都道　　　　　　　郡市　　 町村 府県 区 区 |
|  家　族 等 |  氏名 |  |  男 ・ 女 |  続柄 |  生年 月日 |  年　　月 　日生 （満 　 歳） |
|  |
|  住所 |  都道 　郡市　　 町村 府県 区 区 |
|  仮退院許可期間 |  　　　 年 月 日 から 　　 年 月 日　まで |
|  帰院年月日 |  　　前 　　　 年 月 日　午　　　　　　時　　　　分 後 |
|  帰院理由 |  １．期間満了　　２．病状の悪化　　３．その他（　　　　　　　　　　　　　） |
|  帰院理由が上記 １以外である 場合にはその 具体的な内容 |  　　　　　　　　　　　　精神保健指定医氏名 　　 署名 |

 ※　取扱い保健福祉（環境）事務所長あてに、１部提出のこと。