（様式２３号の１）

措置入院者仮退院許可申請書

 　　　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日

 　　　保健福祉（環境）事務所長　殿

　　　　　 　 　病院所在地

 　　　　　 　　病　院　名

 　　　　　 　　病院管理者

　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。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  患 者 |  　仮退院先 住　　所 |  都道 　 郡市　　　　　　町村 府県 　 区 　区 |  |
| 氏　　名 |  | 男・女 | 　　　　　年　　　月　　　　日 |
|  病　　名 |  |  措置入院 年月日 | 　 　 年　　　月　　　日 |
| 家族等 | 住　　所 |  都道 　 郡市　　　　　　町村 府県 　 区 　区 |
| 氏　　名 |  | 続柄 |  |
| 現在の症状及び仮退院の理由・目的 |  |
|  診断年月日 |  　　　　 年　　　月　　　日 | 精神保健指定医氏名 |  　署名 |
|  仮退院期間 |  　　 　年　　　月　　　日 から　　　　　年　　　　月　　　　日 まで |
| 仮退院期間中の治療計画　保健福祉（環境）　事務所の訪問指導 |  　　　治療不要 　　要治療 外来通院１ヶ月　　　回 |  |  　要　・　不　要 |
|  精神科病床数 |  床 |  入院患者数 |  |

　※１　仮退院開始予定日の２週間前までに、取扱い保健福祉（環境）事務所長あて提出すること。

（様式２３号の２）

　公印省略

措置入院者仮退院許可通知書

 　　　　　　　　　　　　　　 　　　第　　　　号

　　　年　　　月　　　日

 こころの健康づくり推進室長　殿

　　　　　 　　 　 　　　福岡県　　　保健福祉（環境）事務所長

　下記のとおり仮退院について許可したので通知します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  患 者 |  　仮退院先 住　　所 |  都道 　 郡市　　　　　　町村 府県 　 区 　区 |  |
| 氏　　名 |  | 男・女 |   　 年　　　月　　　日生  |
|  病　　名 |  |  措置入院 年月日 |  　　 年　　　月　　　日 |
| 家族等 | 住　　所 |  都道 　 郡市　　　　　　町村 府県 　 区 　区 |
| 氏　　名 |  | 続柄 |  |
| 現在の症状及び仮退院の理由・目的 |  |
|  |  |  |
|  仮退院期間 |  　　 　年　　　月　　　日 から　　　　　年　　　　月　　　　日 まで |
| 仮退院期間中の治療計画 |  　　　治療不要 　　要治療 外来通院１ヶ月　　　回 | 保健福祉（環境）事務所の訪問指導 |  　要　・　不　要 |
|  精神科病床数 |  床 |  入院患者数 | 　　　　　　　　　　　　名 |
| 　入院先病院 |  |  |  　要　・　不　要 |
|  |  |

（様式２３号の３）

　公印省略

措置入院者仮退院許可通知書

 　　　　　　　　　　　　　　 　　　第　　　　号

　　　年　　　月　　　日

 　　　　 病院管理者　殿

　　　　　 　 　　福岡県　　　保健福祉（環境）事務所長

　下記のとおり仮退院について許可したので通知します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  患 者 |  　仮退院先 住　　所 |  都道 　 郡市　　　　　　町村 府県 　 区 　区 |  |
| 氏　　名 |  | 男・女 |   　 年　　　月　　　日生  |
|  病　　名 |  |  措置入院 年月日 |  　　 年　　　月　　　日 |
| 家族等 | 住　　所 |  都道 　 郡市　　　　　　町村 府県 　 区 　区 |
| 氏　　名 |  | 続柄 |  |
| 現在の症状及び仮退院の理由・目的 |  |
|  |  |  |
|  仮退院期間 |  　　 　年　　　月　　　日 から　　　　　年　　　　月　　　　日 まで |
| 仮退院期間中の治療計画 |  　　　治療不要 　　要治療 外来通院１ヶ月　　　回 | 保健福祉（環境）事務所の訪問指導 |  　要　・　不　要 |
| 精神科病床数 | 床 | 入院患者数 | 　　　　　　　　　　　名　 |
| 入院時基本診療料請求日数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日 |

* 病院管理者は、仮退院期間の満了または仮退院期間中に症状が悪化した場合は直ちに帰院させること。

（様式２３号の４）

　公印省略

措置入院者仮退院許可通知書

 　　　　　　　　　　　　　　 　　　第　　　　号

　　　年　　　月　　　日

 　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　 　 　　福岡県　　　保健福祉（環境）事務所長

　下記のとおり措置入院者の仮退院について許可したので通知します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  患 者 |  　仮退院先 住　　所 |  都道 　 郡市　　　　　　町村 府県 　 区 　区 |  |
| 氏　　名 |  | 男・女 |    　 年　　　月　　　日生  |
|  病　　名 |  |  措置入院 年月日 |  　　 年　　　月　　　日 |
| 家族等 | 住　　所 |  都道 　 郡市　　　　　　町村 府県 　 区 　区 |
| 氏　　名 |  | 続柄 |  |
| 現在の症状及び仮退院の理由・目的 |  |
|  |  |  |
|  仮退院期間 |  　　 　年　　　月　　　日 から　　　　　年　　　　月　　　　日 まで |
| 仮退院期間中の治療計画 |  　　　治療不要 　　要治療 外来通院１ヶ月　　　回 | 保健福祉（環境）事務所の訪問指導 |  　要　・　不　要 |