（様式２８号の１）

措置入院者転院願

　　　　　　　　 　　　 年　　　月　　　日

 福岡県　　　　保健福祉（環境）事務所長　 殿

　　　　　 　 　 　病院所在地

 　　　　　 　 　　病　 院 　名

 　　　　　 　 　　病院管理者名

　　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２９条第１項の規定に基づき措置入院

　中のところ、（病名）　　　　　　　　　　　が認められ当病院において治療を行うことが困難な

　ことから、転院をお願いします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  措 置 入 院 者 |  　住　　所 |  |  |
|  　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 |  |
|  　氏　　名 |  |  続　　柄 |  |
|  病状等の概要 |  |
|  転院予定日 |  　　　 　年　　　月　　　日（　　　曜日） 午前・午後　　　時頃予定 |
|  転院予定病院名 |  |
|  移送担当病院名 |  |
|  公費負担医療 受給者番号 |  　２０－４０－６０１３ |  保険の種別 |  |

 ※１部作成し、取扱い保健福祉（環境）事務所長あて提出すること。