（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。