（様式３８号）

市町村が同意した医療保護入院者について

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（市・町・村）長　　殿

 　　　　病　院　名

 　　　　 所　在　地

 　　　　 管理者名

　　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第３３条２項に基づき、貴職が同意した入院者について

この度下記の理由により、医療保護入院が終了しましたので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 理由欄 理由欄 |  １　患者の死亡 ２　患者の退院（退院後の処置：入院継続［任意・措置入院・他科］、施設入所、その他　　　） ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 男・女貴職の同意により入院した年月日患者 |  住　所 |  |  |  　年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  |  |  　　　　　年　　　月　　日生 |
|  その他参考となる事項 |