

様式15

医療保護入院者の退院届

平成 年 月 日

殿

病院名

所在地

管理者名

印

下記の医療保護入院者が退院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の2の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ			
	氏名	(男・女)	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生 (満 歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区
入院年月日 (医療保護入院)	昭和 年 月 日 平成 年 月 日			
退院年月日	平成 年 月 日			
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICD カテゴリー()	ICD カテゴリー()		
退院後の処置	1 入院継続 (任意入院・措置入院・他科) 4 死亡 5 その他 ()			2 通院医療 3 転医
退院後の帰住先	1 自宅 (i 家族と同居、ii 単身)		2 施設	
	3 その他 ()			
帰住先の住所	都道府県	郡市区	町村区	
訪問指導等に関する意見				
障害福祉サービス等の活用に関する意見				
主治医氏名				

記載上の留意事項

- 1 入院年月日の欄は、第33条第1項又は第3項による医療保護入院の年月日を記載すること。
- 2 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。