

仮退院許可申請書

年 月 日

兵庫県知事 様

病院名.....
 所在地.....
 管理者名.....
 電 話 () -
 電子メール.....

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、次のとおり仮退院させていただきますので申請します。

措置入院者	帰住地		措置入院 年 月 日	年 月 日
	氏 名	男・女	生年月日	年 月 日
病 名				
精神病床位 利用状況	許可病床	床	入院患者数	名
仮退院理由				
仮退院年月日	年 月 日	仮退院 予定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
仮退院期間中の 治療計画				
症状の概要				
今後の見通し				
指導方針				
相談指導について の意見	相談指導	要・否	主治医氏名	