

様式第17号（第19条関係）
（表）

医療保護入院者退院届

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.....

次の医療保護入院者を退院させましたので、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	氏 名	男・女	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住 所			
入 院 年 月 日	年 月 日			
退 院 年 月 日	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 ((1) 任意入院 (2) 措置入院 (3) 他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他 ()			
退 院 後 の 帰 住 先	1 自宅 ((1) 家族と同居 (2) 単身) 2 施設 3 その他 ()			
帰 住 先 の 住 所				
訪 問 支 援 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				

(裏)

記 載 上 の 留 意 事 項

選択肢のある場合は、それぞれ該当する番号、記号等を○で囲むこと。