**第20号様式**（第13条関係）

医療保護入院者の退院届

年　　月　　日

高知県知事　様

病院名

所在地

管理者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

次の医療保護入院者が退院しましたので、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 | フリガナ |  | | 生年月日 | 年 　月 　日生  （満　　歳） |
| 氏名 | （男 ・ 女） | |
|
| 住所 | 都道　　　　郡市　　　　町村  府県　　　　区　　　　　区 | | | |
| 医療保護入院年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 退院年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 病名 | １　主たる精神障害  ＩＣＤコード  （　　　　　　　 ） | | ２　従たる精神障害  ＩＣＤコード  （　　　　　　　　 ） | | ３　身体合併症 |
| 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　転医又は転院　４　施設　　５　死亡  ６　その他（　　　　　　　　 ） | | | | |
| 退院後の帰住先 | １　自宅（(１) 家族と同居　(２) 単身）  ２　他の病院（　　　　　　　 　）　３　施設（　　　　　　 　　）  ４　その他（ 　　　　　　　　） | | | | |
| 帰住先の住所 | 都道　　　　郡市　　　　町村  府県　　　　区　　　　　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 |  | | | | |

注　選択肢については、それぞれ該当するものの番号等を〇で囲んでください。