|  |
| --- |
| 仮退院許可申請書年　　月　　日　　愛知県　　保健所長殿　（愛知県知事）病院所在地　　　　　　　　　　病　院　名　　　　　　　　　　管理者氏名　　　　　　　　印　　下記のとおり仮退院させたいので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40条の規定により申請します。記 |
| 措置入院者氏名 |  | 性別 | 男・女 | 年　　月　　日生 |
| 措置入院年月日 | 年　　月　　日　 | 病　　　　名 |  |
| 仮退院中の帰住地 |  |
| 仮退院予定期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで　　　　 |
| 精神病床の利用状況 | 許可病床　　　　　　床 | 入院患者　　　　　　　　　人 |
| 仮退院者の症状の概要等 | 症状の概要 |  |
| 仮退院期間中の治療計画及び指導方針 |  |
| 予後の見通し |  |
| 仮退院を適当と認めた精神保健指定医氏名 | 印　　　　　　 |

　備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。