|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。