様式第18号(第10条関係)

第　　　　　号

年　　月　　日

　福井県知事　　　　様

病院管理者　氏名

仮退院許可申請書

　本病院に入院中の下記の者を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

1　住所、氏名、性別および生年月日

2　仮退院の理由

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病名 |  | 転帰別 |  |
| 症状の概要 |  | | |

3　仮退院予定年月日　　　　　　年　　　　　月　　　　　日から

　　　　　　　　　　　　　　　 年　　　　　月　　　　　日まで

4　その他

|  |  |
| --- | --- |
| 仮退院期間中の治療計画 |  |
| 指導方針 |  |
| 精神病床の利用状況 | 許可病床　　　　床　　　　　　入院患者　　　　人 |

5　診断した精神保健指定医　氏名