様式５

精神障害者移動内容報告書

　　　　保健所（　　支所）

報告年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入　院　者 | 氏　名 | 　（男・女） | 生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 新住所 |  |
| 旧住所 |  |
| 診察病名 |  |
| 入　院　年　月　日 | 　　年　　月　　日 |
| 入院した病院 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 入院種別 | 措置入院・医療保護入院（３３条１項・２項）応急入院・任意入院・その他 |
| 備　　　　　　　考 | （措置入院のとき記入）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

添付書類　　ア　措置入院に関する診断書の写し

　　　　　　イ　その他，当該措置診察に係る一連の書類（通報書，事前調査資料等）の写し

　　　　　ウ　入院費用に係る費用徴収決定通知書の写し

　　　　　エ　費用徴収額決定に係る書類　　　　　　　　　　未決定のときは不要