

入院証明書

下記の者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく入院患者であることを証明する。

記

障害者	氏 名			
	住 所			
病 名				
入院年月日	年 月 日	継続入院	要 ・ 不要	
入院の種別	1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第20条の規定による任意入院 2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第1項の規定による医療保護入院 3 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項又は同法第29条の2第1項の規定による措置入院 4 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40条の規定による仮退院			
家族等	氏 名			
	住 所			

年 月 日

所在地
医療機関 名 称
代表者

Ⓔ