

퇴원등 사실 통보서

환자	성명	주민등록번호	전화번호
			(남, 여)
	진단명(ICD-10)	입원등 기간	
퇴원등 이후 주소 또는 거소			

1.주요 치료 경과

2.투약 내용 및 향후 치료소견

3.그 밖의 특이사항

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제52조 및 같은 법 시행규칙 제41조에 따라 위와 같이 통지합니다.

년 월 일

정신의료기관/정신요양시설의 장

인

정신건강복지센터장/보건소장 귀하

환자 동의서

본인은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제52조제1항 및 같은 법 시행규칙 제41조에 따라 퇴원 또는 퇴소 사실에 대하여 해당 정신건강복지센터 및 보건소에 통지하는 것에 동의합니다.

년 월 일

성명: (서명 또는 인)

보호의무자 동의서

본인은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제52조제1항 및 같은 법 시행규칙 제41조에 따라 위 환자의 퇴원 또는 퇴소 사실에 대하여 해당 정신건강복지센터 및 보건소에 통지하는 것에 동의합니다.

년 월 일

성명: (서명 또는 인)

환자와의 관계: (전화번호:)

※ 보호의무자의 동의서는 정신건강의학과전문의가 환자의 의사능력이 미흡하다고 판단한 경우만 작성합니다.

백상지(80g/m²) 또는 중질지(80g/m²)