

퇴원(퇴소) 사실 통지서

환자	성명	생년월일	전화번호
	진단명	(남, 여)	입원기간
	퇴원(퇴소) 후 주소 또는 거소		

1. 주요 치료 경과

2. 투약 내용 및 향후 치료소견

3. 그 밖의 전문의 소견(특이사항 포함)

위 환자가 우리 정신의료기관 또는 정신질환자사회복지시설에서 퇴원(퇴소)하여 「정신보건법」 제26조의3 및 같은 법 시행규칙 제16조의3에 따라 위와 같이 통지하오니 재활 및 지역사회복귀를 위하여 관련된 조치를 하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

정신의료기관의 장
정신질환자사회복지시설의 장 인

정신보건센터장 · 보건소장 귀하

환자 동의서

본인은 「정신보건법」 제26조의3 및 같은 법 시행규칙 제16조의3에 따라 퇴원(퇴소) 사실에 대하여 해당 정신보건센터 및 보건소에 통지하는 것에 동의합니다.

년 월 일

성명: (서명 또는 인)

보호의무자 동의서

본인은 「정신보건법」 제26조의3 및 같은 법 시행규칙 제16조의3에 따라 위 환자의 퇴원(퇴소) 사실에 대하여 해당 정신보건센터 및 보건소에 통지하는 것에 동의합니다.

년 월 일

성명: (서명 또는 인)

환자와의 관계: (전화번호:)

※ 정신건강의학과전문의가 환자의 의사능력이 미흡하다고 판단한 경우에만 해당합니다.