

送信先	保健所 担当者様
-----	----------

※ F A X 送信前に提出先保健所の担当者に電話連絡をお願いします。

## 措置解除に関する連絡票

別添のとおり措置入院者の症状消退届を送付します。

送信元		
症状消退日	年	月 日
担当者名 (措置解除に関する連絡窓口)		
電話番号		
「長崎県措置入院者退院後支援の手引き」に基づく支援の有無	あり	なし
※以下は保健所記入欄		
措置解除に向けた 支援の取組状況 (医療保護入院で継続入院する場合は除く)	措置解除後の治療	
	帰住先保健所との連携状況	
	障害福祉・介護サービスの調整状況	
	その他	
帰住先保健所設置自治体への情報提供の同意の有無 (帰住先が県外の場合)	あり	なし