

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行のための様式を定める要綱

(趣旨)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（昭和25年政令第155号。以下「政令」という。）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和25年厚生省令第31号。以下「省令」という。）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神科病院の管理者の報告に関する条例（平成18年岡山県条例第78号。以下「条例」という。）及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（昭和59年岡山県規則第20号。以下「規則」という。）の施行のために使用する様式を、次のとおり定める。

(様式一覧)

様式番号	様式名	関係規定
第1号	精神保健指定医の診察及び保護申請書	法第二十二条第二項
第2号	精神障害者退院申出届	法第二十六条の二
第3号	診察依頼書	規則第四条第一項
第4号	措置入院等診断書	規則第四条第二号
第5号	診察通知書	法第二十八条第一項
第6号	措置入院決定のお知らせ	法第二十九条第三項及び規則第六条
第6号の2	入院措置通知書	規則第六条
第6号の3	措置入院通知書	規則第六条
第6号の4	措置入院決定報告書	法第三十八条の三
第7号	移送に際してのお知らせ	規則第六条の二第一項
第7号の2	移送に際してのお知らせ	法第二十九条の二の二第二項及び規則第六条の二第二項
第8号	入院措置解除通知書	規則第七条
第9号	入院者の措置解除通知書	規則第七条
第10号	措置入院者症状消退届	法第二十九条の五
第11号	措置入院者死亡届	規則第九条
第12号	措置入院者転院申出書	規則第十条
第14号	費用徴収月額決定通知書	規則第十二条第七項
第15号	世帯調査	法第三十一条第二項及び規則第十三条

第16号	支払義務者異動届	規則第十三条
第17号	入院費用減免申請書	規則第十四条第二項
第22号	医療保護入院届	法第三十三条第九項
第23号	特定医師の診察による医療保護入院届	法第三十三条第七項
第25号	医療保護退院届	法第三十三条の二
第26号	応急入院届	法第三十三条の六第五項
第26号の2	特定医師の診察による応急入院届	法第三十三条の六第五項
第27号	同意書	法第三十四条第一項
第27号の2	移送に際してのお知らせ	法第三十四条第四項において準用する第二十九条の二の二第二項及び規則第十九条
第28号	措置入院者定期病状報告書	法第三十八条の二第一項
第29号の2	任意入院者定期病状報告書	法第三十八条の二第二項及び条例第三条
第29号の3	医療保護入院者の入院期間更新届	法第三十三条第九項
第30号	退院等請求書	法第三十八条の四
第31号	精神障害者探索依頼書	法第三十九条第一項及び規則第二十二條第一項
第32号	措置入院者仮退院許可申請書	規則第二十三条第一項
第33号	措置入院者仮退院許可書	法第四十条及び規則第二十三条第二項
第34号	仮退院者帰院届	規則第二十三条第三項
第34号の2	障害者手帳交付申請書	法第四十五条第一項、第四項及び政令第九条第一項
第35号	診断書（精神障害者保健福祉手帳用）	省令第二十三条第二項第一号
第36号	障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書	政令第七条第二項、第四項及び第十条第一項
第37号	障害者手帳返還通知書	法第四十五条の二第三項及び規則第二十五条第一項
第38号	診察通知書	規則第二十五条第二項

附 則

この要綱は令和3年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は令和4年3月1日から施行する。

附 則

この要綱は令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は令和5年12月1日から施行する。

附 則

この要綱は令和6年4月1日から施行する。

様式第1号

年 月 日

岡山県知事 殿

申請者 住 所

氏 名

(年 月 日生)

精神保健指定医の診察及び保護申請書

次の者について、精神保健指定医の診察及び必要な保護をしてくださるよう精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第22条第1項の規定により申請します。

氏 名		生年 月日	年 月 日	性別	男・女
居 住 地					
現在場所					

症状の概要

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

現に本人の保護の任に当たっている者

氏 名		続柄	
住 所			

岡山県知事 殿

所在地
病院名
管理者氏名

精神障害者退院申出届

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第29条第1項の要件に該当すると認められる次の精神障害者から退院の申出があつたので、同法第26条の2の規定により届け出ます。

フリガナ				生年月日	年 月 日	日生 (満 歳)	
氏名	(男・女)						
入院年月日	年 月 日			退院予定年月日	年 月 日		
予定帰住地	都道府県	郡市区	町村区				
症状の概要	(病名)						
家族等	フリガナ				続柄	生年月日	年 月 日
	氏名	(男・女)					年 月 日 (満 歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区			
	フリガナ				続柄	生年月日	年 月 日
	氏名	(男・女)					年 月 日 (満 歳)
住所	都道府県	郡市区	町村区				

(注) 家族等の欄については、現に保護の任に当たっている者が家族等以外の者である場合については、当該保護の任に当たっている者について記載すること。

殿

保健所長



診 察 依 頼 書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)

第27条第1項
第27条第2項
第29条の2第1項
第29条の4第2項
第38条の6第1項
第38条の7第2項
第40条の5第1項
第45条の2第4項

の規定により、次のとおり診察をお願いします。

被診察者	氏 名	(男・女)	生年 月日	年 月 日
	居 住 地 (又は現在場所)			
診察日時	年 月 日 時			
診察場所				
現に本人 の保護の 任に当 たってい る者	氏 名		被診察者 との続柄	
	住 所			

措置入院等診断書

申請等の形式	1 親族又は一般人申請(第22条) 2 警察官通報(第23条) 3 検察官通報(第24条) 4 保護観察所長通報(第25条) 5 矯正施設長通報(第26条) 6 精神科病院管理者届出(第26条の2) 7 医療観察法対象者[指定通院医療機関管理者通報、保護観察所長通報](第26条の3) 8 都道府県知事・指定都市市長職務診察(第27条第2項)			
申請等の添付資料	1 有 2 無			
被診察者 (精神障害者)	フリガナ		生年月日 年 月 日生 (満 歳)	
	氏名	(男・女)		
	住所	都道府県 市区町村		
	職業			
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー()	3 身体合併症	
生活歴及び現病歴 (推定発病年月, 精神科又は神経科の受診歴等を記載すること。)	(主たる陳述者の氏名 続柄)			
初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数	年 月 日 ~ 年 月 日 (入院形態) 年 月 日 ~ 年 月 日 (入院形態)	計 回		
重大な問題行動(Aはこれまでの, Bは今後おそれのある問題行動)	現在の精神症状, その他の重要な症状, 問題行動等及び現在の状態像			
1 殺人 2 放火 3 強盗 4 不同意性交等 5 不同意わいせつ 6 傷害 7 暴行 8 恐喝 9 脅迫 10 窃盗 11 器物損壊 12 弄火又は失火 13 家宅侵入 14 詐欺等の経済的な問題行動 15 自殺企図 16 自傷 17 その他()	A	B	現在の精神症状	
		A	B	I 意識
		A	B	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他()
		A	B	II 知能
		A	B	1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害
		A	B	III 記憶
		A	B	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他()
		A	B	IV 知覚
		A	B	1 幻聴 2 幻視 3 その他()
		A	B	V 思考
	A	B	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他()	
	A	B	VI 感情・情動	
	A	B	1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他()	
	A	B	VII 意欲	
	A	B	1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他()	
	A	B	VIII 自我意識	
	A	B	1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他()	
	A	B	IX 食行動	
	A	B	1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他()	
	その他の重要な症状			
	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存() 4 その他()			
	問題行動等			
	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他()			
	現在の状態像			
	1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他()			
診察時の特記事項				
医学的総合判断	1 要措置 2 措置不要			

以上のとおり診断する。		年	月	日
精神保健指定医の氏名		署名		
(県における記載欄) 診察に立ち会った者 氏名 (親権者, 配偶者等)		(男・女) 続柄又は職業		年齢満 歳
県	の	措	置	
備	考			

- (注)1 生活歴及び現病歴の欄は、他の診療所又は病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 2 平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を精神科受診歴等に含むこととする。
- 3 初回入院期間、前回入院期間、初回から前回までの入院回数の欄は、他の病院での入院歴及び入院形態をも聴取して記載すること。
- 4 重大な問題行動の欄は、Aはこれまでに認められた問題行動を、Bは今後おそれのある問題行動を指し、該当するすべての算用数字、A及びBを○で囲むこと。
- 5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等及び現在の状態像の欄は、原則としてこの診断書作成時までの過去数か月間に認められた症状等について記載するものとし、主として最近のものに重点を置くこと。
- 6 診察時の特記事項の欄は、被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象等について記載すること。
- 7 精神保健指定医の氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 8 選択肢が記載されている欄においては、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等のすべてを○で囲むこと。

様式第5号

第 号
年 月 日

殿

保健所長



診 察 通 知 書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第27条第1項の規定により、次のとおり診察を行います。

なお、診察には立ち会うことができます。

記

被診察者	氏 名		生年 月日	年 月 日
	居 住 地 (現在場所)			
診察日時	年 月 日 時			
診察場所				

年 月 日

殿

保健所長



措置入院決定のお知らせ

【入院理由について】

あなたは、精神保健指定医の診察の結果、【①幻覚妄想状態 ②精神運動興奮状態
③昏迷状態 ④統合失調症等残遺状態 ⑤抑うつ状態 ⑥躁状態 ⑦せん妄状態
⑧もうろう状態 ⑨認知症状態 ⑩その他（ ）】にあり、ご自身を傷ついたり、又は他人に害を及ぼすおそれがあることから、【①精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の規定 ②精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の2の規定】による入院措置（措置入院・緊急措置入院）が必要であると認めたので通知します。

【入院中の生活について】

- 1 あなたの入院中、手紙やはがきなどを受け取ったり、出したりすることは制限なく行うことができます。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員と一緒に、あなたに開封してもらい、その異物は病院であずかることがあります。
- 2 あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との電話・面会や、あなた又はあなたのご家族等の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外の人との電話・面接については、あなたの病状に応じて医師の指示で一時的に制限することがあります。
- 3 あなたの入院中、治療上どうしても必要な場合は行動制限を受けることがあります。
- 4 入院日から7日以内に、退院後の生活環境に関し、あなたやご家族等からのご相談に応じ、必要な情報の提供や助言、援助等を行う職員として、退院後生活環境相談員が選任されます。
- 5 介護保険や障害福祉のサービスの利用を希望される場合又はその必要性がある場合、介護や障害福祉に関する相談先を紹介しますので、退院後生活環境相談員等の病院の職員にお問い合わせください。
- 6 もしも入院中の治療内容や生活について、あなたに不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院の職員にお話してください。
- 7 あなたの入院中、もしもあなたが病院の職員から虐待を受けた場合、下記に届け出ることができます。また、もしも他の入院患者さんが病院の職員から虐待を受けたのを見かけた場合も、下記に通報してください。

虐待通報に関する連絡先

裏面に続く

【入院や入院生活にご納得のいかない場合】

- 1 あなたの入院や入院生活に納得のいかない場合には、あなた又はあなたのご家族等は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、岡山県精神保健福祉センター所長に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか下記にお問い合わせ下さい。
(問い合わせ先)

- 2 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に岡山県知事に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

- 3 この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、岡山県を被告として（訴訟において岡山県を代表する者は岡山県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式第6号の2

第 号
年 月 日

殿

保健所長



入院措置通知書

次の者について、精神保健指定医の診察の結果、入院を必要と認めるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号) {第29条第1項
第29条の2第1項}の規定により、 年 月 日 病院に入院措置を採つたので通知します。

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
居 住 地	

様式第6号の3

第 号
年 月 日

殿

保健所長



措置入院通知書

次の精神障害者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号) { 第29条第1項
第29条の2第1項 } の規定により、 年 月 日入院措置を採つたので通知します。

記

氏 名 (男・女)

生 年 月 日 年 月 日

居 住 地

病 名

公費負担者番号

自立支援医療費受給者番号

様式第6号の4

措置入院決定報告書

年 月 日

岡山県精神医療審査会長 殿

保健所長

下記の措置入院者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の3第1項の規定により通知します。

申請等の形式	i 親族又は一般人申請（第22条） ii 警察官通報（第23条） iii 検察官通報（第24条） iv 保護観察所長通報（第25条） v 矯正施設長通報（第26条） vi 精神科病院管理者届出（第26条の2） vii 医療観察法対象者 [指定通院医療機関管理者通報、保護観察所長通報]（第26条の3） viii 都道府県知事・指定都市市長職務診察（第27条第2項）			
措置入院中の精神科病院	名称			
	所在地	都道府県	郡市区	町村区
措置入院者（精神障害者）	フリガナ			
	氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区
措置診察を行った年月日及び精神保健指定医の氏名	精神保健指定医氏名		年 月 日	(指定医番号：)
措置診察を行った年月日及び精神保健指定医の氏名	精神保健指定医氏名		年 月 日	(指定医番号：)
法第29条の2の2第1項の規定による移送の有無（措置診察後の移送の有無）	i あり ii なし			

記載上の留意事項

- 1 選択肢が記載されている欄においては、それぞれ該当するローマ数字を○で囲むこと。
- 2 精神保健福祉法第27条第1項又は第2項に基づき行われた精神保健指定医による診察の判定内容（病名及び症状を含む）については、該当する診察の際に作成された「措置入院等診断書（様式第4号）」を添付すること。

年 月 日

殿

保健所長



移送に際してのお知らせ

- 1 あなたをこれから精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第29条の2の2第1項の規定により、措置入院のために 病院に移送します。
- 2 あなたの移送は、 で行います。
- 3 あなたの移送中、医療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 4 この移送に不服のあるときは、この移送の日の翌日から起算して、3月以内に岡山県知事に対し、審査請求をすることができます。
- 5 この処分の取消しを求める訴えは、この処分があつたことを知った日の翌日から起算して6月以内に限り、岡山県を被告として(訴訟において岡山県を代表する者は、岡山県知事となります。)提起することができます(なお、この処分があつたことを知った日の翌日から起算して6月以内であつても、この処分の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があつたことを知った日の翌日から起算して6月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する裁決があつたことを知った日の翌日から起算して6月以内であつても、その審査請求に対する裁決の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。))。

様式第8号

第 号
年 月 日

殿

保健所長

印

入院措置解除通知書

次の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第29条第1項の規定による入院を継続する必要がなくなつたと認められるので、 年 月 日同法第29条の4第1項の規定により入院措置を解除します。

記

氏 名
生 年 月 日
住 所

年 月 日

様式第9号

第 号
年 月 日

殿

保健所長



入院者の措置解除通知書

次の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第29条の4第1項の規定により入院措置を解除したので通知します。

記

氏 名	男・女(年 月 日生)
住 所	
措置入院年月日	年 月 日
措置解除年月日	年 月 日

岡山県知事 殿

所在地
病院名
管理者氏名

措置入院者症状消退届

下記の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

措置入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名	(男・女)			
	住所	都道府県	郡市区	町村区	
措置入院年月日	年 月 日				
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()			
入院以降の病状又は状態像の経過の概要 〔措置症状の消退と関連〕 して記載すること。					
措置症状の消退を認めた精神保健指定医の氏名	署名				
措置解除後の処置に関する意見	1 入院継続(任意入院, 医療保護入院, 他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他()				
退院後の帰住先	1 自宅(家族と同居, 単身) 2 施設 3 その他()				
帰住先の住所	都道府県	郡市区	町村区		
訪問支援等に関する意見					
障害福祉サービス等の活用に関する意見					
主治医の氏名					

- (注) 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
2 措置症状の消退を認めた精神保健指定医の氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
3 選択肢が記載されている欄においては、それぞれ該当する算用数字等を○で囲むこと。

保健所長 殿

所在地
病院名
管理者氏名

措置入院者死亡届

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第29条第1項の規定により措置された次の措置入院者が死亡したので届け出ます。

措置入院者	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名			
	生年月日	年 月 日生 (満 歳)	措置入院 年 月 日	年 月 日
死亡年月日及び時刻	年 月 日 午前 時 午後			
死 因				
備 考				

(注) 死亡診断書の写しを添付すること。

年 月 日

保健所長 殿

所在地
病院名
管理者氏名

措置入院者転院申出書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第29条第1項の規定により措置された次の措置入院者の転院を申し出ます。

措置入院者	フリガナ			年 月 日生
	氏 名	(男・女)	生年月日	(満 歳)
	帰 住 地	都道 府県	郡市 区	町村 区
	病 名		措置入院 年 月 日	年 月 日
転 院 理 由				
転 院 予 定 病 院		転院希望日	年 月 日	

様式第14号

第 号
年 月 日

殿

県民局長



費用徴収月額決定通知書

次の者に係る精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第29条第1項(第29条の2第1項)に規定する入院措置に要する費用について、同法第31条の規定により徴収する額を次のとおり決定したので通知します。

入院者氏名	
入院病院名	
費用徴収月額	年 月から月額 円
決定理由	

様式第16号

年 月 日

県民局長 殿

提出者
住 所
氏 名

支 払 義 務 者 異 動 届

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則(昭和59年岡山県規則第20号)第13条の規定により提出します。

記

措置入院者	氏 名		生年月日	年 月 日
	入院している病院			
異動のあつた支払義務者	氏 名			
	住 所			
異 動 事 項				
備 考				

様式第17号

年 月 日

県民局長 殿

住 所
氏 名

入 院 費 用 減 免 申 請 書

次の措置入院者に係る入院に要する費用について、減免されたく申請します。

記

措 置 入 院 者	
入院している病院	
費 用 負 担 額	
申 請 の 理 由	
負 担 で き る 額	
備 考	

(注) 添付書類 申請の理由となつた事実を証する書類

岡山県知事 殿

所在地
病院名
管理者氏名

医療保護入院届

下記の者が医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第9項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名	(男・女)		(満 歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区
家族等の同意により入院した年月日	年 月 日	今回の入院年月日	入院形態 年 月 日 ()	
今回の医療保護入院の入院期間	年 月 日まで	入院形態の変更	年 月 日 () 年 月 日 ()	
第34条による移送の有無	1 有 2 無			
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()		
生活歴及び現病歴	<p>（推定発病年月，精神科又は神経科の受診歴等を記載し，特定医師の診察により入院した場合には当該特定医師の採った措置の妥当性についても記載すること。）</p> <p>(陳述者の氏名 続柄)</p>			
初回入院期間	年 月 日～	年 月 日	(入院形態)	
前回入院期間	年 月 日～	年 月 日	(入院形態)	
初回から前回までの入院回数	計 回			
現在の精神症状	<p>I 意識</p> <p>1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()</p> <p>II 知能</p> <p>1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害</p> <p>III 記憶</p> <p>1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()</p> <p>IV 知覚</p> <p>1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()</p>			

	V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他() VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他() VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他() VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他() IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他()					
その他の重要な症状	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存() 4 その他()					
問題行動等	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他()					
現在の状態像	1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他()					
医療保護入院の必要性 診察の結果	①医療及び保護のためには 入院治療が不可欠な程度 の病状であること ②自発的な入院に努めた結 果、当該精神障害のため に「患者本人の病識の欠 如」、「理解力、判断能力の 低下」などがあり、「入院治 療の同意が得られなかった こと」 を具体的に記載すること。					
入院を必要と認めた 精神保健指定医の氏名	署 名					
選任された退院後生活 環境相談員の氏名						
同意をした家族等	フリガナ		続		生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏 名		柄		月 日	(満 歳)
	住 所	都道 府 県	郡市 区		町村 区	
	フリガナ		続		生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏 名		柄		月 日	(満 歳)
住 所	都道 府 県	郡市 区		町村 区		
	1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者 (選任年月日 年 月 日) 8 市町村長					
審査会意見						
県の措置						

(注)1 同意書を添付すること。

- 2 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、第34条による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はないこと。
- 3 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。(特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第1項・第3項入院」, 「第33条第2項・第3項入院」又は「第33条の6第2項入院」と記載すること。)なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 4 今回の医療保護入院の入院期間の欄は、家族等の同意により入院した日から3月を上限とした年月日を記載すること。
- 5 生活歴及び現病歴の欄は、他の診療所又は病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 6 平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を精神科受診歴等を含むこととする。
- 7 初回入院期間、前回入院期間、初回から前回までの入院回数の欄は、他の病院での入院歴及び入院形態をも聴取して記載すること。
- 8 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等及び現在の状態像の欄は、原則としてこの届出書作成時までの過去数か月間に認められた症状等について記載するものとし、主として最近のものに重点を置くこと。
- 9 医療保護入院の必要性の欄は、診察の結果に基づき、
 - ①自傷他害のおそれはないが、通院治療の適応でなく、医療及び保護のためには入院治療が不可欠な程度の病状であることが、客観的に把握できるように具体的に記載すること。
 - ②精神科病院の管理者は精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなくてはならないことから、自発的に入院が行われるように努めたこと、その結果当該精神障害のために「患者本人の病識の欠如」、「理解力、判断能力の低下」などがあり、「入院治療の同意が得られなかったこと」を具体的に記載すること。
- 10 入院を必要と認めた精神保健指定医の氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 11 同意をした家族等の欄は、親権者が両親の場合は、そのいずれについても記載すること。
- 12 同意をした家族等の住所の欄は、親権者が両親であって住所が異なる場合は、そのいずれについても記載すること。
- 13 選択肢が記載されている欄においては、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

岡山県知事 殿

所在地
病院名
管理者氏名

特定医師の診察による医療保護入院届

下記の者が、特定医師の診察の結果医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第9項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所	都道府県	市区区	町村区
家族等の同意により入院した年月日及び時刻	年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入院年月日	入院形態 年 月 日 ()	
		入院形態の変更	年 月 日 ()	
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー()	3 身体合併症	
	生活歴及び現病歴 (推定発病年月, 精神科又は神経科の受診歴等を記載すること。) (陳述者の氏名 続柄)			
初回入院期間	年 月 日～	年 月 日	(入院形態)	
前回入院期間	年 月 日～	年 月 日	(入院形態)	
初回から前回までの入院回数	計 回			
現在の精神症状	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他()			
	II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害			
	III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他()			
	IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他()			
	V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他()			
	VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他()			
	VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他()			
	VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他()			
	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他()			
	その他の重要な症状	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存() 4 その他()		
問題行動等	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他()			

現在の状態像	1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他()				
医療保護入院の必要性 診察の結果 ①医療及び保護のためには入院治療が不可欠な程度の病状であること ②自発的な入院に努めた結果、当該精神障害のために「患者本人の病識の欠如」、「理解力、判断能力の低下」などがあり、「入院治療の同意が得られなかったこと」 を具体的に記載すること。					
入院を必要と認めた特定医師の氏名	署名				
確認した精神保健指定医の氏名	署名	診察日時	年 月 日	(午前・午後 時)	
精神保健指定医が入院妥当でないと判断した場合は、その理由					
同意をした家族等	フリガナ		続柄	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏名		柄	年月日	(満 歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区	
	フリガナ		続柄	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏名		柄	年月日	(満 歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区	
	1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者 (選任年月日 年 月 日) 8 市町村長				
事後審査委員会意見					

(注)1 同意書を添付すること。

2 内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。

3 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。(特定医師による入院を含む。その場合は「第33条の6第2項入院」と記載すること。)なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。

4 生活歴及び現病歴の欄は、他の診療所又は病院での受診歴をも聴取して記載すること。

5 初回入院期間、前回入院期間、初回から前回までの入院回数等の欄は、他の病院での入院歴及び入院形態をも聴取して記載すること。

6 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等及び現在の状態像の欄は、原則としてこの届出書作成時までの過去数か月間に認められた症状等について記載するものとし、主として最近のものに重点を置くこと。

7 入院を必要と認めた特定医師の氏名の欄は、特定医師自身が署名すること。

8 確認した精神保健指定医の氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。

- 9 同意をした家族等の欄は、親権者が両親の場合は、そのいずれについても記載すること。
- 10 同意をした家族等の住所の欄は、親権者が両親であって住所が異なる場合は、そのいずれについても記載すること。
- 11 事後審査委員会意見の欄は、都道府県知事への届出時点では記入を要しないが、本様式を院内で記録として保存する際には、記載しておくこと。
- 12 選択肢が記載されている欄においては、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

岡山県知事 殿

所在地
病院名
管理者氏名

医療保護退院届

下記の医療保護入院者が退院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の2の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名	(男・女)		(満 歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区
医療保護入院年月日	年 月 日			
退院年月日	年 月 日			
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー()	3 身体合併症	
退院後の処置	1 入院継続(任意入院, 措置入院, 他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他()			
退院後の帰宅先	1 自宅(家族と同居, 単身) 2 施設 3 その他()			
帰宅先の住所	都道府県	郡市区	町村区	
訪問支援等に関する意見				
障害福祉サービス等の活用に関する意見				
主治医の氏名				

(注)1 医療保護入院年月日の欄は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第1項又は第2項の規定による医療保護入院年月日を記載すること。

2 選択肢が記載されている欄においては、それぞれ該当する算用数字等を○で囲むこと。

岡山県知事 殿

所在地
病院名
管理者氏名

応急入院届

下記の者が応急入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の6第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)		
	住 所	都道 府県	郡市 区	町村 区
依頼をした者と 入院者との関係				
入院年月日及び時刻	年 月 日		午前 時 午後	
第34条による移送の 有 無	1 有 2 無			
病 名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー()	3 身体合併症	
応急入院の必要性 (診察の結果 ①医療及び保護のためには 入院治療が不可欠な程度 の病状であること ②自発的な入院に努めた結 果、当該精神障害のため に「患者本人の病識の欠 如」、「理解力、判断能力の 低下」などがあり、「入院治 療の同意が得られなかった こと」 を具体的に記載すること。)				
病状又は状態像の概要				
応急入院の措置を採った 理 由 (家族等の同意を得ること ができなかった理由を含 め、応急入院の措置を 採った理由について記載 すること。)				
入院を必要と認めた精神 保健指定医の氏名	署名			

- (注) 1 内は，精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし，第34条による移送が行われた場合は，この欄は，記載する必要はないこと。
- 2 入院を必要と認めた精神保健指定医の氏名の欄は，精神保健指定医自身が署名すること。

岡山県知事 殿

所在地
病院名
管理者氏名

特定医師の診察による応急入院届

下記の者が、特定医師の診察の結果、応急入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の6第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ			生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所	都道 府県	郡市 区	町村 区	
依 頼 を し た 者 と 入 院 者 と の 関 係					
入 院 年 月 日 及 び 時 刻	年 月 日	午前 時 午後 時			
病 名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー()	3 身体合併症		
生 活 歴 及 び 現 病 歴 〔推定発病年月、精神科又は神経科の受診歴等を記載すること。〕	(陳述者の氏名 続柄)				
応 急 入 院 の 必 要 性 診察の結果 ①医療及び保護のためには入院治療が不可欠な程度の病状であること ②自発的な入院に努めた結果、当該精神障害のために「患者本人の病識の欠如」、「理解力、判断能力の低下」などがあり、「入院治療の同意が得られなかったこと」を具体的に記載すること。					
初 回 入 院 期 間	年 月 日	～	年 月 日	(入院形態)	
前 回 入 院 期 間	年 月 日	～	年 月 日	(入院形態)	
初回から前回までの入院回数	計 回				
現 在 の 精 神 症 状	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他() II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害 III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他() IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他() V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他() VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他() VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他()				

	VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他()		
	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他()		
その他の重要な症状	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存() 4 その他()		
問題行動等	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他()		
現在の状態像	1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他()		
応急入院の措置を採った理由 (家族等の同意を得ることができなかった理由を含め、応急入院の措置を採った理由について記載すること。)			
入院を必要と認めた特定医師の氏名	署名		
確認した精神保健指定医の氏名	署名	診察日時	年 月 日 (午前・午後 時)
精神保健指定医が入院妥当でないと判断した場合は、その理由			
事後審査委員会意見			

- (注) 1 内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 生活歴及び現病歴の欄は、他の診療所又は病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 3 平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を精神科受診歴等を含むこととする。
- 4 初回入院期間、前回入院期間、初回から前回までの入院回数の欄は、他の病院での入院歴及び入院形態をも聴取して記載すること。
- 5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等及び現在の状態像の欄は、原則としてこの届出書作成時までの過去数か月間に認められた症状等について記載するものとし、主として最近のものに重点を置くこと。
- 6 入院を必要と認めた特定医師の氏名の欄は、特定医師自身が署名すること。
- 7 確認した精神保健指定医の氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 8 事後審査委員会意見の欄は、都道府県知事への届出時点では記入を要しないが、本様式を院内で記録として保存する際には、記載しておくこと。
- 9 選択肢が記載されている欄においては、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

様式第27号

同 意 書

年 月 日

岡山県知事 殿

同 意 者

住 所

氏 名

生年月日

年 月 日

続 柄

次の者が、指定医の診察の結果、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第34条第1項に規定する精神障害者であると判定された場合は、同者を応急入院指定病院に移送することについて同意します。

記

1 住 所

2 氏 名

3 生年月日

年 月 日

年 月 日

殿

保健所長



移送に際してのお知らせ

- 1 あなたをこれから、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第34条(第1項、第2項、第3項)の規定により、(医療保護入院、応急入院)のために病院に移送します。
- 2 あなたの移送は、
で行います。
- 3 あなたの移送中、医療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 4 この移送に不服のあるときは、この移送の日の翌日から起算して、3月以内に岡山県知事に対し、審査請求をすることができます。
- 5 この処分の取消しを求める訴えは、この処分があつたことを知つた日の翌日から起算して6月以内に限り、岡山県を被告として(訴訟において岡山県を代表する者は、岡山県知事となります。)提起することができます(なお、この処分があつたことを知つた日の翌日から起算して6月以内であつても、この処分の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分があつたことを知つた日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があつたことを知つた日の翌日から起算して6月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する裁決があつたことを知つた日の翌日から起算して6月以内であつても、その審査請求に対する裁決の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。))。

岡山県知事 殿

所在地
病院名
管理者氏名

措置入院者定期病状報告書

下記の措置入院者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の2第1項の規定により報告します。

措置入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所	都道府県	郡市区	町村区
措置入院年月日	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	
		入院形態		
前回の定期報告年月日	年 月 日			
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー()	3 身体合併症	
過去6か月間(措置入院後3か月の場合は、過去3か月間)の仮退院の実績	計 回	延日数	日	
過去6か月間(措置入院後3か月の場合は、過去3か月間)の治療の内容とその結果 〔問題行動を中心として記 載すること。〕				
今後の治療方針 〔再発防止への対応も含め〕 て記載すること。〕				
処遇、看護及び指導の現状	隔 離	1 多用 2 時々 3 ほとんど不用		
	注 意 必 要 度	1 常に嚴重な注意 2 随時一応の注意 3 ほとんど不要		
	日常生活の介助 指導の必要度	1 極めて手数のかかる介助 2 比較的簡単な介助及び指導 3 生活指導を要する 4 その他()		

診察した精神保健指定医の氏名	署名
----------------	----

審査会意見	
県の措置	

- (注) 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。(特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第1項・第3項入院」、「第33条第2項・第3項入院」又は「第33条の6第2項入院」と記載すること。)なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 重大な問題行動の欄は、Aはこれまでに認められた問題行動を、Bは今後おそれのある問題行動を指し、該当する全ての算用数字、A及びBを○で囲むこと。
- 4 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等及び現在の状態像の欄は、原則としてこの報告書作成時までの過去数か月間に認められた症状等について記載するものとし、主として最近のものに重点を置くこと。
- 5 診察時の特記事項の欄は、被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象、措置入院継続の必要性等について記載すること。
- 6 診察した精神保健指定医の氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 7 退院に向けた取組の状況の欄については、退院後生活環境相談員との最初の相談を行った時期やその後の相談の頻度等や、地域援助事業者の紹介の有無や紹介した地域援助事業者との相談の状況等について記載すること。
- 8 選択肢が記載されている欄においては、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

岡山県知事 殿

所在地
病院名
管理者氏名

任意入院者定期病状報告書

下記の任意入院者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の2第2項の規定により報告します。

任意入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所	都道府県	郡市区	町村区
任意入院年月日 〔第20条による入院〕	年 月 日	今回の入院年月日	入院形態	
		入院形態の変更	年 月 日 ()	年 月 日 ()
			年 月 日 ()	年 月 日 ()
前回の定期報告年月日	年 月 日			
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー()	3 身体合併症	
過去12か月間の治療の内容とその結果(過去12か月間の病状または状態像の経過の概要、並びに過去12か月間に行動制限が行われた際はその必要性について記載すること。)				
症状の経過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向			
任意入院継続の必要性(通院への変更ができない理由について具体的に記載すること。)				
今後の治療方針				
現在の精神症状	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他() II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害 III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他() IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他() V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他() VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他() VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他()			

	VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他()
	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他()
その他の重要な症状	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存() 4 その他()
問題行動等	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他()
現在の状態像	1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他()
本報告に係る診察年月日	年 月 日
診察した主治医の氏名	署名

審査会意見	
県の措置	

(注)1 内は、主治医の診察に基づいて記載すること。

- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。（特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第1項・第3項入院」，「第33条第2項・第3項入院」又は「第33条の6第2項入院」と記載すること。）なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 入院後の診察により精神症状が重症であって、かつ、慢性的な症状を呈することにより入院の継続が明らかに必要な病状であること等により1年以上の入院が必要であると判断される場合には、「任意入院継続の必要性」の欄にその旨を記載すること。
- 4 入院時より6か月の間に、開放処遇が制限された者の6か月経過時の報告においては、「過去12か月間」とあるのは、「過去6か月間」と読み替えること。
- 5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等及び現在の状態像の欄は、原則としてこの報告書作成時までの過去数か月間に認められた症状等について記載するものとし、主として最近のものに重点を置くこと。
- 6 診察した主治医の氏名の欄は、主治医自身が署名すること。
- 7 選択肢が記載されている欄においては、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

年 月 日

岡山県知事 殿

所在地
病院名
管理者氏名

医療保護入院者の入院期間更新届

下記の医療保護入院者の入院期間を更新しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第9項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所	都道府県	市区	町村区
医療保護入院年月日(法第33条第1項・第2項による入院)	年 月 日	今回の入院年月日	入院形態 年 月 日()	
		入院形態の変更	年 月 日()	
入院届又は前回の入院期間更新届での入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日	本更新後の入院期間	年 月 日まで	
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー()		2 従たる精神障害 ICDカテゴリー()	
	3 身体合併症			
入院又は前回更新日からの治療の内容と、その結果	更新前の入院期間に係る病状又は状態像の経過の概要			
症状の経過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向			
現在の精神症状	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もろろ 4 その他() II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害 III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他() IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他() V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他() VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他() VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他() VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他() IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他()			
その他の重要な症状	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存() 4 その他()			
問題行動等	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他()			
現在の状態像	1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もろろ状態 9 認知症状態 10 その他()			

<p>医療保護入院の必要性 診察の結果 ①医療及び保護のためには入院治療が不可欠な程度の病状であること ②自発的な入院に努めた結果、当該精神障害のために「患者本人の病識の欠如」、「理解力、判断能力の低下」などがあり、「入院治療の同意が得られなかったこと」を具体的に記載すること。</p>							
<p>今後の治療方針 患者本人の病識や治療への意欲を得るための取組等を含む。</p>							
<p>本更新に係る診察の年月日</p>	年 月 日						
<p>更新が必要と診断した精神保健指定医氏名</p>	署名						
<p>退院に向けた取組の状況 ①選任された退院後生活環境相談員との相談状況、②地域援助事業者の紹介状況、③医療保護入院者退院支援委員会での審議内容等について記載すること</p>	医療保護入院者退院支援委員会での審議が行われた日（ 年 月 日）						
<p>今回の更新の直前の入院又は更新に同意をした家族等</p>	フリガナ		続柄		生年月日	年 月 日生 (満 歳)	
	氏名	(男・女)	続柄		生年月日	年 月 日生 (満 歳)	
	住 所	都道府県		郡市区	町村区		
	フリガナ		続柄		生年月日	年 月 日生 (満 歳)	
	氏名	(男・女)	続柄		生年月日	年 月 日生 (満 歳)	
住 所	都道府県		郡市区	町村区			
<p>1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後见人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者(選任年月日 年 月 日) 8 市町村長</p>							
<p>今回の更新に同意をした家族等 (上記の家族等と同じ場合は記載不要)</p>	フリガナ		続柄		生年月日	年 月 日生 (満 歳)	
	氏名	(男・女)	続柄		生年月日	年 月 日生 (満 歳)	
	住 所	都道府県		郡市区	町村区		
	フリガナ		続柄		生年月日	年 月 日生 (満 歳)	
	氏名	(男・女)	続柄		生年月日	年 月 日生 (満 歳)	
住 所	都道府県		郡市区	町村区			
<p>1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後见人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者(選任年月日 年 月 日) 8 市町村長</p>							
<p>法第33条第8項の規定に基づき家族等の同意を得たものとみなした場合は、その旨等</p>	<input type="checkbox"/> 法第33条第8項の規定に基づき、家族等の同意を得たものとみなした						
	<p>家族等へ通知を發した日: 年 月 日 家族に示した回答期限: 年 月 日 (回答期限は、通知を發した日から2週間を経過した日であることに留意)</p>						
	<p>通知をした家族等との連絡等の記録(直近2件) 年 月 日 (<input type="checkbox"/>面会 <input type="checkbox"/>電話 <input type="checkbox"/>その他()) 年 月 日 (<input type="checkbox"/>面会 <input type="checkbox"/>電話 <input type="checkbox"/>その他())</p>						
<p>審査会意見</p>							
<p>県の措置</p>							

- (注)1 内は、今回の更新にあたって行われた精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。(特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第1項・第3項入院」、「第33条第2項・第3項入院」又は「第33条の6第2項入院」と記載すること。)なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
 - 3 本更新後の入院期間の欄は、医療保護入院者退院支援委員会で審議された入院期間に留意した上で、当該医療保護入院から6月を経過するまでの間は3月、入院から6月を経過した後は6月を上限とした期限を定めて記載すること。
 - 4 「病名」欄のICDカテゴリについては、病名を確定し、英字と数字を含む分類コード3桁以上を記載すること。また、F0圏については、できるだけ4桁、F1圏及びF7圏については、英数字を含む4桁以上で記載すること。
 - 5 入院又は前回更新日からの治療の内容とその結果の欄は、治療の内容については、単に「薬物療法・精神療法・作業療法」などの記載のみではなく、なるべく個別かつ具体的に記載すること。また、その結果、入院期間の更新が必要となる症状について、単に「幻覚妄想や迷惑行為、問題行動」などの用語のみとはせず具体的に具体的かつ程度がわかるように記載すること。
 - 6 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等及び現在の状態像の欄は、原則としてこの届出書作成時までの過去数か月間に認められた症状等について記載するものとし、主として最近のものに重点を置くこと。
 - 7 医療保護入院の必要性の欄は、診察の結果に基づき、
 - ① 自傷他害のおそれはないが、通院治療の適応でなく、医療及び保護のためには入院治療が不可欠な程度の病状であることが、客観的に把握できるように具体的に記載すること。
 - ② 精神科病院の管理者は精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなくてはならないことから、自発的に入院が行われるように努めたこと、その結果当該精神障害のために「患者本人の病識の欠如」、「理解力、判断能力の低下」などがあり、「入院治療の同意が得られなかったこと」を具体的に記載すること。
 - 8 更新が必要と診断した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
 - 9 退院に向けた取組の状況の欄については、今回の更新にあたって医療保護入院者退院支援委員会の審議が行われた年月日を記載すること。また、令和5年11月27日付障発1127第7号「措置入院者及び医療保護入院者の退院促進に関する措置について」(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)の別添様式2「医療保護入院者退院支援委員会審議記録」の写しを添付すること。その上で、
 - ① 退院後生活環境相談員との最初の相談を行った時期やその後の相談の頻度等、
 - ② 地域援助事業者の紹介の有無や紹介した地域援助事業者との相談の状況等、
 - ③ 医療保護入院者退院支援委員会での審議内容等について記載すること。
 - 10 同意をした家族等の欄は、親権者が両親の場合は、そのいずれについても記載すること。
 - 11 同意をした家族等の住所の欄は、親権者が両親であって住所が異なる場合は、そのいずれについても記載すること。
 - 12 法第33条第8項の規定に基づき、家族等の同意を得たものとみなす場合は、「法第33条第8項の規定に基づき家族等の同意を得たものとみなした場合」にレ点を入れることとし、同意書の添付は不要であること。ただし、法第33条第6項による入院の更新に関する同意の通知をした時から更新するまでの間に、当該通知に係る家族等が、
 - ① 法第5条第2項に規定する家族等に該当しなくなったとき
 - ② 死亡したとき
 - ③ 意思を表示できないときのいずれかの事由に該当すると把握した場合には、同意を得たものとみなすことができないことに留意すること。また、同意を得たものとみなす場合は、通知をした家族等との連絡等の記録(直近2件)の欄に、直前の入院期間中、通知をした家族等と直近2回の連絡を取った際の年月日及び手段について記載すること。(通知をした家族等が親権者の両親である場合は、父又は母のいずれかと直近2回の連絡を取った際の年月日及び手段について記載すること。)
 - 13 今回の更新に同意をした家族等の欄に記載がある場合は、法第33条第8項による同意を得たものとみなさないことに留意すること。
 - 14 選択肢が記載されている欄においては、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

岡山県知事 殿

請求人住所

請求人氏名

退院等請求書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号。以下「法」という。)第38条の4の規定により、次の入院者について退院等の請求をします。

入院者	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日 (満 歳)
入院している病院			
入院年月日		年 月 日	
本人との関係	<p>本人との関係に○印をしてください。</p> <p>1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者 (選任年月日 年 月 日) 8 市町村長</p> <p>なお、次の①から⑤までのいずれにも該当しないことを申し添えます。</p> <p>①本人に対して訴訟をしている者、又はした者並びにその配偶者及び直系血族 ②家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人又は補助人 ③患者に対する虐待等(配偶者暴力、児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待)を行っている者 ④精神の機能の障害により法第33条第1項の規定による同意又は不同意の意思表示を適切に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 ⑤未成年者</p> <p>以上について、事実と相違ないことを確認し、署名します。 (親権者が両親の場合は、両親とも署名してください。)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
請求の趣旨及び理由			

(注) 本人との関係の欄は、請求人が本人以外である場合のみ記載すること。

警察署長 殿

所在地
病院名
管理者氏名

精神障害者探索依頼書

次の者が無断で退去し、その行方が不明となつたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第39条第1項の規定により探索を求めます。

退 去 者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)		
	住 所	都道 府県	郡市 区	町村 区
入 院 年 月 日	年 月 日			
退去の年月日及び時刻	年 月 日 午前 午後 時			
症 状 の 概 要				
退去者を発見するために参考となるべき人相, 服装その他の事項				
退去者の家族等又はこれに準ずる者	フリガナ		続 柄	
	氏 名			
	住 所	都道 府県	郡市 区	町村 区
	フリガナ		続 柄	
	氏 名			
	住 所	都道 府県	郡市 区	町村 区
障害福祉サービスに係る事業を行う者	フリガナ		連絡先	
	名 称			
	所 在 地	都道 府県	郡市 区	町村 区

- (注) 1 退去者の家族等又はこれに準ずる者の欄は、親権者が両親の場合は、そのいずれについても記載すること。
2 退去者の家族等又はこれに準ずる者の住所の欄は、親権者が両親であつて住所が異なる場合は、そのいずれについても記載すること。
3 障害福祉サービスに係る事業を行う者の欄は、入院年月日より前に障害福祉サービスを利用していた場合に記載すること。

保健所長 殿

所在地
病院名
管理者氏名

措置入院者仮退院許可申請書

次の者を仮退院させたいので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第40条の規定により許可を申請します。

措置入院者	フリガナ			生年月日	年	月	日生	
	氏名	(男・女)			(満)		歳)	
	居住地	都道府県	郡市区	町村区				
	入院年月日	年	月	日				
家族等	フリガナ		続		生年月日	年	月	日生
	氏名	(男・女)	柄			(満)		歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区				
	フリガナ		続		生年月日	年	月	日生
	氏名	(男・女)	柄			(満)		歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区				
病名			転帰					
症状の概要及び予後の見通し								
仮退院の予定期間	年 月 日から 年 月 日まで							
仮退院期間中の治療計画	1 通院治療 2 訪問支援 3 軽作業 4 その他()							
診察した精神保健指定医の氏名	署名							

- (注) 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
2 家族等の欄は、親権者が両親の場合は、そのいずれについても記載すること。
3 家族等の住所の欄は、親権者が両親であって住所が異なる場合は、そのいずれについても記載すること。
4 診察した精神保健指定医の氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。

様式第33号

岡山県指令 第 号

所在地

病院名

措置入院者仮退院許可書

年 月 日付けで申請のあつた措置入院者仮退院許可申請については、次のとおり許可する。

年 月 日

保健所長



措置入院者	氏名	
	帰住地	
仮退院許可期間	年 月 日から 年 月 日まで	
入院時基本診療料 請求日数	日	
備考		

様式第34号

仮退院者帰院届

年 月 日

保健所長 殿

所在地

病院名

管理者氏名

次のとおり、仮退院していた措置入院者が帰院したので届け出ます。

記

措置入院者氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
仮退院許可期間	年 月 日から 年 月 日まで		
帰院年月日	年 月 日		
帰院理由			
備 考			

※市町村名

※受理年月日 年 月 日

障害者手帳交付申請書

岡山県精神保健福祉センター所長 殿

年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第45条(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令(昭和25年政令第155号)第9条第1項)の規定により、精神障害者保健福祉手帳の交付(新規交付, 更新, 障害等級変更, 都道府県間の住所変更による手帳交付)を申請します。

精神障害者本人	ふりがな 氏名				生年月日	大・昭 平・令			年	月	日			
	住所										電話()	—		
	個人番号													
	<input type="checkbox"/>	個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能ですので、希望される方は左のボックスにチェックを入れてください。※記入いただいた情報は個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。												
家族等の連絡先 ※本人が18歳未満の場合記入	氏名				本人との関係		住所					電話()	—	
添付書類 (○印)	医師の診断書 年金証書等の写し()級				既存の手帳の有効期限							年	月	日
	同意書(年金給付関係情報) 写真				既存の手帳の手帳番号									
	精神障害者保健福祉手帳				既存の自立支援医療費受給者番号									
申請書を提出した者	氏名				本人との関係		住所					電話()	—	

- (注)1 手帳の新規交付, 更新又は障害等級変更の申請を行うときは, 医師の診断書又は年金証書等(障害年金等の年金証書, 年金裁定通知書及び直近の振込(支払)通知書又は特別障害給付金受給資格者証(特別障害者給付金支給決定通知書)及び直近の国庫金振込(送金)通知書)をいう。2において同じ。)の写し(ただし, 個人番号を利用した情報連携により年金給付関係情報を把握する場合は, 添付は不要。)及び写真を添付すること。
- 2 個人番号を利用した情報連携により年金給付関係情報を把握する場合又は年金証書等の写しを添付して申請する場合は, 障害等級の判定のために年金事務所, 各共済組合等に対し, 年金の障害等級を照会することがある。
- 3 写真は, 申請前1年以内に脱帽して(申請者の申出により, 知事が, 宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うことを認める場合を除く。)上半身を撮影したもので, 縦4cm, 横3cmのものとする。
- 4 ※の欄は, 記入しないこと。

診 断 書 (精神障害者保健福祉手帳用)

氏 名				昭和・平成・令和	年	月	日	生 (歳)
住 所								
① 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載してください。)	(1)主たる精神障害 _____	ICDコード		※Fを含む3桁以上又はG40 ()				
	(2)従たる精神障害 _____	ICDコード		※Fを含む3桁以上又はG40 ()				
	(3)身体合併症 _____	身体障害者手帳 (有・無、種別		級)				
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日	昭和・平成・令和	年	月	日			
	診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成・令和	年	月	日			
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載してください。治療経過の記載にあたっては、直近6箇月以上の継続した治療(通院・服薬・訓練・検査等)状況を合わせて記載してください。)	(推定発病時期 年 月頃)							
	※器質性精神障害(認知症を除く)の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名 年 月 日)							
④ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲んでください。)								
(1) 抑うつ状態	1 思考・運動抑制 2 易刺激性・興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()							
(2) 躁状態	1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 ()							
(3) 幻覚妄想状態	1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()							
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態	1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()							
(5) 統合失調症等残遺状態	1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他 ()							
(6) 情動及び行動の障害	1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他 ()							
(7) 不安及び不穏	1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 ()							
(8) てんかん発作等 (けいれん及び意識障害)	1 てんかん発作 発作型 () ※別紙記載要領参照 頻度 () 最終発作 (年 月 日) 2 意識障害 3 その他 ()							
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等	1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害 (状態像を該当項目に再掲してください。) エ その他 () 現在の精神作用物質の使用 有・無 (不使用の場合、その期間 年 月から)							
(10) 知能・記憶・学習・注意の障害	1 知的障害 (精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳 (有・無、等級等) 2 認知症 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 () 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他 ()							
(11) 広汎性発達障害関連症状	1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他 ()							
(12) その他 ()								
⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等								
(検査所見：検査名 検査結果 検査時期)								
⑥ 生活能力の状態 (保護的環境ではない場合 (例えばアパート等での単身生活) を想定して判断してください。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断してください。)								
1 現在の生活環境 入院・入所 (施設名) 在宅 (ア 単身 イ 家族等と同居)・その他 ()					3 日常生活能力の程度 (該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲んでください。)			
2 日常生活能力の判定 (該当するもの一つを○で囲んでください。)								
(1) 適切な食事摂取 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない					(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。			
(2) 身の清潔保持、規則正しい生活 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない					(2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。			
(3) 金銭管理と買物 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない					(3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。			
(4) 通院と服薬 (要・不要) 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない					(4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。			
(5) 他人との意思伝達・対人関係 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない					(5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。			
(6) 身の安全保持・危機対応 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない								
(7) 社会的手続きや公共施設の利用 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない								
(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない								
⑦ ⑥の具体的程度、状態等 (日常生活における不具合について具体的に記入してください。)								
⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、共同生活介護(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護の有無等)								
⑨ 備考								
年 月 日	医療機関所在地				* 審 査 欄			
	名 称							
	診療担当科名							
	電 話 番 号							
	医 師 氏 名							
		1 級	2 級	3 級	不承認			

(注) *の欄は、記入しないこと。

※市町村名			
※受理年月日	年	月	日

障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

岡山県知事 殿

年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第45条の精神障害者保健福祉手帳について、次のとおり 届け出ます。
申請します。

- 1 (都道府県の区域を越える住所変更, 氏名の変更, 県内における住所変更)の届出 (変更内容)

旧	
新	

- 2 (破損, 汚損, 紛失)したための再交付の申請

精神障害者本人 氏 名
住 所
生年月日
個人番号
現行の手帳番号

(注) 都道府県の区域を越える住所変更をしたときは、この届出書のほかに、手帳交付の申請書を提出すること。

様式第37号

岡山県指令第 号

障害者手帳返還通知書

年 月 日に実施された精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第45条の2第4項の規定による精神保健指定医による診察の結果、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令(昭和25年政令第155号)第6条第3項に規定する精神障害の状態に該当しなかつたので、同法第45条の2第3項の規定により精神障害者保健福祉手帳を速やかに返還することを命じます。

年 月 日

岡山県精神保健福祉センター所長



様式第38号

第 号
年 月 日

殿

岡山県知事

印

診 察 通 知 書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第45条の2第4項の規定による精神保健指定医による診察を、次のとおり実施することとなりましたので通知します。

なお、診察を受けられない理由がある場合は、あらかじめ下記の連絡先へ申し出てください。また、当日は本書を持参し、提示してください。

記

- 1 診察を行う理由
- 2 診察予定日時
- 3 場 所
(備考)案内図等を表記
- 4 連 絡 先