様式１

診　察　不　要　通　知　書

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　 　様

　　 広島県　　　　保健所長

　　　年　　　月　　　日付で 申請・通報・届出 のあった次の者については、次

の理由により診察の必要がないものと認められます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 本　　人 | 氏　　名  年　　月　　日 |  | 年　 　月　 　日 |  |
|  | （ 男 ・ 女 ） |
| 住　　所 |  | |
| 理　　由 |  | | |

様式２

措　置　入　院　に　関　す　る　診　断　報　告　書

被診察者　住　所

氏　名

生年月日 年　　　月　　　日生

性　　別 男 　 女

第27条

　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 　 　による診察の結果は、次のと 第29条の2

おりです。

措置入院に関する診断書は、作成のうえ、別途提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 判　　　　　　　定  　診　断　名 ［　　　 ］  見　込　期　間  Ⅰ　要　措　置 １ （ ）  　　□　①幻覚妄想状態　　　　　　　　　　□　⑥躁状態  □　②精神運動興奮状態　　　　　　　　□　⑦せん妄状態  □　③昏迷状態　　　　　　　　　　　　□　⑧もうろう状態  □　④統合失調症等残遺状態　　　　　　□　⑨認知症状態  □　⑤抑うつ状態　　　　　　　　　　　□　⑩その他（ 　　　　　　　　　）    Ⅱ 不要措置 要入院医療　　　 ２　（　　　　　　　 　 　）  要入院外医療　　 ３ （ ）  医療不要 ４ （ ）  　上記のとおり診断する。  　　 　　年　　月　　日  精神保健指定医氏名 署名  広　島　県　知　事　様 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 第　　　　　　次診察  　診察の場所  診察の日時 　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　時　　　分から　　　　時　　　分まで  立会者氏名　署名 |  |

様式３

入院措置通知書

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

広島県　　　　　保健所長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○　○　　○　○

次のとおり、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、ご自身を傷つけたり、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）をしました。

なお、精神科病院に入院中の者又はその家族等は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の４の規定により、広島県知事に対して、退院及び処遇改善のために必要な措置を採るよう請求をすることができます。

|  |  |
| --- | --- |
| 措置入院者等の氏名 |  |
| 病院の名称 |  |
| 病院の所在地 |  |
| 入院措置年月日 | 年　　　月　　　日 |

　注　１　□は、該当項目に☑すること。不用の文字は、消すこと。

２　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列4とする。

様式４

診　察　結　果　通　知　書

　　　年　　　月　　　日

　 様

　　 広島県　　　　保健所長

　　　　年　　　月　　　日付けで 申請・通報・届出 のあった次の者について、精

　第２７条

神保健及び精神障害者福祉に関する法律　　　　　　の規定による診察の結果は次のとお

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第29条の２

りです。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 本　　　人 | 氏　名 |  | | 生年月日 | 年 　　月　　日 |  |
|  | （ 男 ・ 女 ） | |
| 住　所 |  | | | |
| 診察年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 診 察 結 果 | 要入院措置（法第２９条・法第２９条の２を適用）・不要措置 | | | | |
| 要入院措置のとき | | 措置年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 病 院 名 |  | |
| 入院措置不要のとき | | 指導事項 | １　要入院医療  　２　要入院外医療  　３　医療不要 | |

様式５

入　　院　　通　　知　　書

　　　年　　　月　　　日

病院管理者

　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　広島県　　　　　保健所長

第２９条

　次のとおり、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 の規定による

第29条の２

入院措置を決定しました。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 本 人 | 氏　名 |  | | | | | | | 生年月日 | | 年 　　月　　日 |
|  | （男・女） | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | |
|  | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
|  | | ２ | | ０ | ３ | ４ | ６ | ０ | １ | １ |  |
|  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |

様式６

措置入院に関する事前調査及び移送記録票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 措置入院のための診察が必要と考えられる者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 年　　月　　日  　（満　　　　　歳） |
| 氏名 | （男・女） |
| 住所 | 都道　　　　郡市　　　　　町村  府県　　　　　区　　　　　　区 | | |
| 職業 |  | | |

◆　事前調査票

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査対象者の所在地 |  | | | | | | |
| 調査時の状況 |  | | | | | | |
| 主治医との連絡 | 氏　名 |  | | 連絡先等 | | |  | |
| 主治医  意　見 |  | | | | | | |
|
| 事前調査の総合判定 | １．措置入院に関する診察が必要　　　２．不必要 | | | | | | |
| 調査年月日 | 調査年月日 | | 年　 月　 日 　時 　分～　 時 　分 | | | | |
| 職員氏名 | |  | | 所属 |  | |

* 移送記録票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 措置診察のための  移送の有無 | 1. 措置診察のための移送を行った 2. 措置診察の後に移送を行った | | | | | | | | |
| 移送開始及び終了 | 年　 月 　日 　時 　分　～　　月 　日 　時 　分 | | | | | | | | |
| 移送に関する告知 | １　告知を行った | | | | | | | | |
| 搬送の概要  （方法、経路、  　　 　　　時刻等） |  | | | | | | | | |
| 移送先の指定病院等 | 名称 |  | | 所在地 | | |  | | |
| 補　　助　　者 | 氏名 |  | 職種 | |  | | | 所属 |  |
| 同行者の氏名 |  | | | | | | | | |
| 行動制限の有無 | １．行動制限を行った　　　２．行動制限を行わなかった | | | | | | | | |
| 医療行為の有無 | １．医療行為を行った　　　２．医療行為を行わなかった | | | | | | | | |
| その他の特記事項 |  | | | | | | | | |
| 記録者の氏名等 |  | | | 所属 | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現任保護者 | 氏名 | （男・女） | 続柄 | 生年月日 | | 年 　 月 　　日  　　　　（満　　　歳） |
|  |
| 住所 | 都道　　　　郡市　　　　町村  　　　　　府県　　　　　区　　　　　区 | | | | |
| 立会通知年月日 | 年　　　月　　　日 | | 通知方法 | | 電話・書面・その他 | |

様式７

措置入院のための移送に関する診察記録票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ | |  | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日  　　　　（満　　　　歳） |
| 氏　　　　　名 | | （ 男 ・ 女 ） | | | | | |
| 移送の手続における行動の制限 | | 行動制限の有無 | | | | １．行動制限を行った　２．行わなかった | | | |
| 症状 |  | | | | | | |
| 開始日時 | | 年　　月　　日　　時　　分 | | | | | |
| 告知 | １．告知を行った | | | | | | |
| 移送の手続きにおける  医療行為 | | 医療行為の有無 | | | | | １．医療行為を行った ２．行わなかった | | |
| 症状 | | |  | | | | |
| 医療行為の  内容 | | |  | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | |
| 指定医の氏名 |  | | | | | | | | |

様式８

移送に際してのお知らせ

　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

１　あなたをこれから、措置入院が必要であるかどうかを判定するために　　　　に移送します。

２　あなたの移送は、　　　で行います。

３　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

　広島県知事に対し、審査請求をすることができます。

４　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、広島県を被告として（訴訟において広島県を代表する者は広島県知事となります）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。）。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　広島県　　　保健所長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〇　〇　　〇　〇

様式９

移送に際してのお知らせ

　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

１　あなたをこれから、措置入院のために　　　　　　病院に移送します。

　　（病院所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

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

　広島県知事に対し、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、広島県を被告として（訴訟において広島県を代表する者は広島県知事となります）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。）。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　広島県　　　保健所長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〇　〇　　〇　〇

様式10

精神障害者の申請・通報・届出等整理簿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理年月日 | 氏　　名 | 生年  月日 | 住　　所 | 申請・通報・届出者名 | 続柄 | 住　　所 | 申請  通報  届出区分 | 診察  の  要否 | 診察実施状況 | | | | 措置入院の  要否 | 入院措置病院 | 措置月日 | 立会職員 | | 指定医 | | 費用徴収関係書類 | 病院への  搬送  委託 | 備　　考 |
| 診察  月日 | 時間 | 指定医氏名 | 診察場所 | 氏　　名 | 特勤  手当 | 報酬 | 費用弁償 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |