様式１

移動内容報告書

　　　　保健所（　　支所）

報告年月日　　　　　年　　月　　日

　他の保健所管内に住所を有する者の法第２７条の規定による診察に関する事項

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入　院　者 | 氏　名 | （男・女） | 生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | | | |
| 申請・通報等区分 | | 申請・通報（警察官・検察官・その他　　　　　　）・届出 | | | |
|  | | 年　　月　　日（　　　　年　　月　　日） | | | |
|  | | 入院措置・不要措置（要入院医療・要入院外医療・医療不要） | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
| 入院した病院 | 名　称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 備考 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |

添付書類　　ア　措置入院決定報告書の写し、措置入院に関する診断書の写し

　　イ　その他、当該措置診察に係る一連の書類（通報書、事前調査資料等）の写し

　　　　　ウ　入院費用に係る費用徴収決定通知書の写し

　　　　　エ　費用徴収額決定に係る書類　　　　　　　　　未決定のときは不要

様式２

移管通知書

　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　病院管理者　様

広島県　　保健所長

　貴院に措置入院している次の者の管轄を、当該入院者の住所地を管轄する保健所に移動しました。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入　院　者 | 氏　名 | （男・女） | 生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | | | |
|  | |  | | | |
| 移　管　先 | 名　称 |  | | | |
| 所在地 | 〒 | | | |
| 備考 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |

様式３

精神障害者移動内容報告書

　　　　保健所（　　支所）

報告年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入　院　者 | 氏　名 | （男・女） | 生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 新住所 |  | | | |
| 旧住所 |  | | | |
| 診察病名 | |  | | | |
| 入　院　年　月　日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 入院した病院 | 名　称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 入院種別 | | 措置入院・医療保護入院（３３条１項・２項）  応急入院・任意入院・その他 | | | |
| 備　　　　　　　考 | | （措置入院のとき記入）   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |

添付書類　　ア　措置入院決定報告書の写し、措置入院に関する診断書の写し

　　　　　　イ　その他、当該措置診察に係る一連の書類（通報書、事前調査資料等）の写し

　　　　　ウ　入院費用に係る費用徴収決定通知書の写し

　　　　　エ　費用徴収額決定に係る書類　　　　　　　　　　未決定のときは不要