

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成26年 3月31日

香川県知事 浜 田 恵 造

### 香川県規則第34号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則

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63年香川県規則第36号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
<p>(診察及び保護の申請)</p> <p>第2条 法第22条第1項の規定による申請は、精神障害者等の診察保護申請書（第1号様式）により保健所長に行わなければならない。</p> <p>(入院措置の解除)</p> <p>第9条 知事は、法第29条の4第1項の規定により措置入院者の入院措置を解除しようとするときは、入院措置解除通知書（第8号様式）により当該措置入院者を入院させている精神科病院又は指定病院の管理者に通知するものとする。</p> <p>(医療保護入院の届出)</p> <p>第16条 法第33条第7項の規定による届出は、同条第1項の規定による措置を採ったときは<u>医療保護入院者の入院届</u>（第15号様式）により、同条第4項後段の規定による措置を採ったときは<u>特定医師による医療保護入院者の入院届</u>（第16号様式）により行うものとする。</p> <p>(医療保護入院者の退院の届出)</p> <p>第18条 法第33条の2の規定による届出は、<u>医療保護入院者退院届</u>（第18号様式）により行うものとする。</p>	<p>(診察及び保護の申請)</p> <p>第2条 法第23条第1項の規定による申請は、精神障害者等の診察保護申請書（第1号様式）により保健所長に行わなければならない。</p> <p>(入院措置の解除)</p> <p>第9条 知事は、法第29条の4第1項の規定により措置入院者の入院措置を解除しようとするときは、入院措置解除通知書（第8号様式）により<u>その保護者及び当該措置入院者を入院させている精神科病院又は指定病院の管理者に通知するものとする。</u></p> <p>(医療保護入院の届出)</p> <p>第16条 法第33条第7項の規定による届出は、同条第1項の規定による措置を採ったときは<u>医療保護入院者（第33条第1項）の入院届</u>（第15号様式）により、<u>同条第2項の規定による措置を採ったときは医療保護入院者（法第33条第2項）の入院届</u>（第16号様式）により、同条第4項後段の規定による措置を採ったときは<u>特定医師による医療保護入院者（法第33条第1項・第4項）の入院届</u>（第16号様式の2）又は<u>特定医師による医療保護入院者（第33条第2項・第4項）の入院届</u>（第16号様式の3）により行うものとする。</p> <p>(医療保護入院者の退院の届出)</p> <p>第18条 法第33条の2の規定による届出は、<u>医療保護入院者（法第33条第1項）退院届</u>（第18号様式）により行うものとする。</p> <p><u>2 精神科病院の管理者は、法第33条第2項の規定により入院した者を退院させたときは、その旨を医療保護入院者（法第33条第2項）退院届</u>（第18</p>

(応急入院の届出)

第19条 法第33条の7第5項の規定による届出は、同条第1項の規定による措置を採ったときは応急入院届（第19号様式）により、同条第2項後段の規定による措置を採ったときは特定医師による応急入院届（第20号様式）により行うものとする。

## 第26条 削除

号様式の2）により、10日以内に、最寄りの保健所長を経て知事に届け出なければならない。

(応急入院の届出)

第19条 法第33条の4第5項の規定による届出は、同条第1項の規定による措置を採ったときは応急入院届（第19号様式）により、同条第2項後段の規定による措置を採ったときは、特定医師による応急入院（第33条の4第2項）届（第20号様式）により行うものとする。

(保護者の変更の届出)

第26条 精神科病院の管理者は、法第33条第1項又は第2項の規定により入院させた者の保護者の住所若しくは氏名に変更があったとき又は保護者が変わったときは、医療保護入院者の保護者変更届（第29号様式）により最寄りの保健所長を経て知事に届け出なければならない。

第1号様式（第2条関係）

精神障害者等の診察保護申請書			
		年 月 日	
香川県 保健所長 殿		申請者 氏 名 ㊦	
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条第1項の規定に基づく指定医の診察及び必要な保護を申請します。			
申 請 者	氏 名		
	住 所		
	生年月日	年 月 日	
本 人	氏 名		性 別 男・女
	居 住 地		
	現在場所		
	生年月日	年 月 日	
症 状 の 概 要			
保 護 の 任 に 当 る 者	氏 名		本人との続柄
	住 所		

(注) 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第1号様式（第2条関係）

精神障害者等の診察保護申請書			
		年 月 日	
香川県 保健所長 殿		申請者 氏 名 ㊦	
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第23条第1項の規定に基づく指定医の診察及び必要な保護を申請します。			
申 請 者	氏 名		
	住 所		
	生年月日	年 月 日	
本 人	氏 名		性 別 男・女
	居 住 地		
	現在場所		
	生年月日	年 月 日	
症 状 の 概 要			
保 護 の 任 に 当 る 者	氏 名		本人との続柄
	住 所		

(注) 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第2号様式（第3条関係）

精神障害者退院申出届					年 月 日	
香川県 保健所長 殿					所在地	
					届出者 病院名	
					管理者名 <span style="float: right;">㊟</span>	
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項の要件に該当すると認められる次の者から退院の申出があったので、同法第26条の2の規定により届け出ます。						
精神障害者	氏 名				性別	男・女
	住 所					
	生年月日	年 月 日	入院年月日	年 月 日		
	病 名					
入院形態名						
退院申出年月日						
退院予定年月日						
退院申出の理由						
症状の概要						

(注) 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第2号様式（第3条関係）

精神障害者退院申出届					年 月 日	
香川県 保健所長 殿					所在地	
					届出者 病院名	
					管理者名 <span style="float: right;">㊟</span>	
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項の要件に該当すると認められる次の者から退院の申出があったので、同法第26条の2の規定により届け出ます。						
精神障害者	氏 名				性別	男・女
	住 所					
	生年月日	年 月 日	入院年月日	年 月 日		
	病 名					
入院形態名						
退院申出年月日						
退院予定年月日						
保護者又は これに準ず る者	氏 名				続柄	
	住 所					
退院申出の理由						
症状の概要						

(注) 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第3号様式（第4条関係）

診 察 命 令 書			
			第 号
			年 月 日
精神保健指定医			
様			
香川県 保健所長 印			
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 条 の規定により、次のと おり診察を命令する。			
被 診 察 者	氏 名		性別 男・女
	居 住 地		
	現 在 場 所		
	生年月日	年 月 日	
診 察 日 時	年 月 日 時 分		
診 察 場 所			
そ の 他 必 要 事 項			

第3号様式（第4条関係）

診 察 命 令 書			
			第 号
			年 月 日
精神保健指定医			
様			
香川県 保健所長 印			
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 条 の規定により、次のと おり診察を命令する。			
被 診 察 者	氏 名		性別 男・女
	居 住 地		
	現 在 場 所		
	生年月日	年 月 日	
保護者又は これに準ず る者	氏 名		続柄
	住 所		
診 察 日 時	年 月 日 時 分		
診 察 場 所			
そ の 他 必 要 事 項			

第5号様式 (第6条関係)

受付保健所名	
受付年月日	

診断書 (入院措置用)

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 保護観察所の長通報 (第25条) V 矯正施設の長通報 (第26条) VI 精神科病院の管理者届出 (第26条の2) VII 指定通院医療機関の管理者又は保護観察所の長通報 (第26条の3) VIII 保健所長職務診察 (第27条第2項)		
申請等の添付資料	I あり II なし		
被診察者	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所		
	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 科受診歴等を記載す ること。〕	(陳述者氏名 続柄 )		
初回入院期間 前回入院期間 初回から前回まで 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、現在の状態 像		
1 殺人	A B	<現在の精神症状>	
2 放火	A B	I 意識	
3 強盗	A B	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ( )	
4 強姦	A B	II 知能	
5 強制わいせつ	A B	1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害	
6 傷害	A B	III 記憶	
7 暴行	A B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( )	
8 恐喝	A B	IV 知覚	
9 脅迫	A B	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( )	
10 窃盗	A B	V 思考	
11 器物損壊	A B	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸	
12 弄火又は失火	A B	6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ( )	
13 家宅侵入	A B	VI 感情・情動	
14 詐欺等の経済 的な問題行動	A B	1 感情平板化 2 抑鬱気分 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 ( )	

第5号様式 (第6条関係)

受付保健所名	
受付年月日	

診断書 (入院措置用)

申請等の形式	I 親族又は一般人申請 (第23条) II 警察官通報 (第24条) III 検察官通報 (第25条) IV 保護観察所の長通報 (第25条の 2) V 矯正施設の長通報 (第26条) VI 精神科病院の管理者届出 (第26条の2) VII 指定通院医療機関の管理者又は保護観察所の長通報 (第26条の3) VIII 保健所長職務診察 (第27条第2項)		
申請等の添付資料	I あり II なし		
被診察者	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所		
	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 科受診歴等を記載す ること。〕	(陳述者氏名 続柄 )		
初回入院期間 前回入院期間 初回から前回まで 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、現在の状態 像		
1 殺人	A B	<現在の精神症状>	
2 放火	A B	I 意識	
3 強盗	A B	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ( )	
4 強姦	A B	II 知能	
5 強制わいせつ	A B	1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害	
6 傷害	A B	III 記憶	
7 暴行	A B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( )	
8 恐喝	A B	IV 知覚	
9 脅迫	A B	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( )	
10 窃盗	A B	V 思考	
11 器物損壊	A B	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸	
12 弄火又は失火	A B	6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ( )	
13 家宅侵入	A B	VI 感情・情動	
14 詐欺等の経済 的な問題行動	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 ( )	

15 自殺企図	A	B	Ⅶ 意欲
16 自傷	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
17 その他 ( )	A	B	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 抑鬱状態 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			
I 要措置 II 措置不要 (1 要入院医療 2 要入院外医療 3 医療不要)			
以上のとおり診断する。 年 月 日			
精神保健指定医氏名 (署名)			

(香川県における記載欄)			
診察に立ち会った者	氏名	(男・女) 続柄及び職業	年齢 歳
(親権者、配偶者等)			
診察場所			
診察日時		年 月 日 時 分 ~ 時 分	
職員職氏名			
香 川 県 の 措 置			

- (注)
- 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
  - 精神科受診歴等には、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含むこととする。
  - 「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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること
  - 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
  - 「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。
  - 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。

15 自殺企図	A	B	Ⅶ 意欲
16 自傷	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
17 その他 ( )	A	B	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 ( )
診察時の特記事項			
医学的総合判断			
I 要措置 II 措置不要 (1 要入院医療 2 要入院外医療 3 医療不要)			
以上のとおり診断する。 年 月 日			
精神保健指定医氏名 (署名)			

(香川県における記載欄)			
診察に立ち会った者	氏名	(男・女) 続柄及び職業	年齢 歳
(親権者、配偶者等)			
診察場所			
診察日時		年 月 日 時 分 ~ 時 分	
職員職氏名			
香 川 県 の 措 置			

- (注)
- 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
  - 精神科受診歴等には、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含むこととする。
  - 「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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること
  - 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
  - 「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。
  - 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。

第5号様式の2 (第6条関係)

診断書 (医療保護入院又は応急入院のための移送用)

移送の対象者	氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (満 生 歳)
	住所			
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、精神科受診歴等を記載すること。)			
(陳述者氏名 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 記憶障害 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 抑鬱気分 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 抑鬱状態 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 ( )			

第5号様式の2 (第6条関係)

診断書 (医療保護入院又は応急入院のための移送用)

移送の対象者	氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (満 生 歳)
	住所			
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、精神科受診歴等を記載すること。)			
(陳述者氏名 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 記憶障害 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 ( )			



受付保健所名	
受付年月日	

診察時の特記事項						
緊急性の判定	I 直ちに入院が必要 II 緊急を要しない					
本人の同意	I 可能 II 不可能					
判定理由						
判定結果	医療保護入院又は応急入院が I 必要 II 不必要					
行動制限の要否	I 要 II 否					
その他の特記事項						
以上のとおり診断する。 年 月 日						
精神保健指定医氏名(署名)						
	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生	
		(男・女)	続柄		年 月 日生	
同意をした家族等	住所					
	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者(選任年月日 年 月 日)				
	8	市町長				

(香川県における記載欄)					
診察に立ち会った者	氏名	(男・女)	続柄及び職業	年齢	歳
(親権者、配偶者等)					
診察場所					
診察日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分				
職員職氏名					
香川県の措置					

受付保健所名	
受付年月日	

診察時の特記事項						
緊急性の判定	I 直ちに入院が必要 II 緊急を要しない					
本人の同意	I 可能 II 不可能					
判定理由						
判定結果	医療保護入院又は応急入院が I 必要 II 不必要					
行動制限の要否	I 要 II 否					
その他の特記事項						
以上のとおり診断する。 年 月 日						
精神保健指定医氏名(署名)						
	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生	
		(男・女)	続柄		年 月 日生	
保護者等	住所					
	1	後見人又は保佐人	2	配偶者	3	親権を行う者
	4	家庭裁判所が選任した者(選任年月日 年 月 日)				
	5	その他( )				

(香川県における記載欄)					
診察に立ち会った者	氏名	(男・女)	続柄及び職業	年齢	歳
(親権者、配偶者等)					
診察場所					
診察日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分				
職員職氏名					
香川県の措置					

(注)

- 1 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 2 精神科受診歴等には、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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること
- 4 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 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等について記載すること。

(注)

- 1 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 2 精神科受診歴等には、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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること
- 4 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 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等について記載すること。

第6号様式（第7条関係）

入院措置決定通知書

第 号  
年 月 日

様

香川県 保健所長 団

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項  
第29条の2第1項の規定による入院措置を採ることを決定したので通知します。

記

- 1 あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受診は、制限されませんが、封書に異物が同封されていると判断される場合は、病院の職員の立合いの下で、あなたに開封してもらい、その異物を病院が預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やあなたの代理人である弁護士との電話や面会、あなたや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及び面会については、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 あなたは、治療上の必要性から、行動制限を受けることがあります。
- 4 もしもあなたに不明な点や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申し出てください。  
それでもなお、あなたの入院や処遇に納得のいかない場合には、あなたや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香川県知事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ください。  
(問合せ先)
- 5 病院の治療方針に従って療養に専念してください。

第6号様式（第7条関係）

入院措置決定通知書

第 号  
年 月 日

様

香川県 保健所長 団

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項  
第29条の2第1項の規定による入院措置を採ることを決定したので通知します。

記

- 1 あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受診は、制限されませんが、封書に異物が同封されていると判断される場合は、病院の職員の立合いの下で、あなたに開封してもらい、その異物を病院が預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やあなたの代理人である弁護士との電話や面会、あなたや保護者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及び面会については、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 あなたは、治療上の必要性から、行動制限を受けることがあります。
- 4 もしもあなたに不明な点や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申し出てください。  
それでもなお、あなたの入院や処遇に納得のいかない場合には、あなたや保護者は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう香川県知事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ください。  
(問い合わせ先)
- 5 病院の治療方針に従って療養に専念してください。

第7号様式（第8条関係）

					受付保健所名	
					受付年月日	
措置入院者転院届						
年 月 日						
香川県知事 殿						
所在地						
申請者 病院名						
管理者名 <span style="float: right;">㊟</span>						
次の措置入院者について転院させる必要がありますので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第8条の規定により届け出ます。						
措置入院者	氏 名					
	住 所					
	生年月日	年 月 日	入院措置年月日	年 月 日		
	病 名					
	公費負担医療の受給者番号					
理 由						
転院希望先	病 院 名					
	所 在 地					
転院希望年月日		年 月 日				
診察した精神保健指定医氏名		(署名)				

(注) 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第7号様式（第8条関係）

					受付保健所名	
					受付年月日	
措置入院者転院届						
年 月 日						
香川県知事 殿						
所在地						
申請者 病院名						
管理者名 <span style="float: right;">㊟</span>						
次の措置入院者について転院させる必要がありますので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第8条の規定により届け出ます。						
措置入院者	氏 名					
	住 所					
	生年月日	年 月 日	入院措置年月日	年 月 日		
	病 名					
	公費負担医療の受給者番号					
保 護 者	氏 名					続柄
	住 所					
理 由						
転院希望先	病 院 名					
	所 在 地					
転院希望年月日		年 月 日				
診察した精神保健指定医氏名		(署名)				

(注) 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第9号様式（第10条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

措置入院者症状消退届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
届出者 病院名  
管理者名 ㊟

次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	フリガナ氏名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	住所			
入院措置年月日	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	
入院後の病状又は状態像の経過の概要〔措置症状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(i家族と同居、ii単身) 2施設 3その他( )			
帰住先の住所				
訪問指導等に関する意見 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 氏名の記載で自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第9号様式（第10条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

措置入院者症状消退届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
届出者 病院名  
管理者名 ㊟

次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	フリガナ氏名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	住所			
保護者	フリガナ氏名	----- (男・女)	続柄	生年月日 年 月 日生
	住所			
	フリガナ氏名	----- (男・女)	続柄	生年月日 年 月 日生
	住所			
入院措置年月日	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	
入院後の病状又は状態像の経過の概要〔措置症状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(i家族と同居、ii単身) 2施設 3その他( )			
帰住先の住所				
訪問指導等に関する意見 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 氏名の記載で自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第15号様式（第16条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
届出者 病院名  
管理者名

㊦

次の者が医療保護入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ 氏名 住所	----- (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 歳)
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	年 月 日	入院形態
第34条による移送の有無	有 ・ 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	
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕 (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。)	(陳述者氏名 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			
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 記憶障害 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 抑鬱気分 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 ( )			

第15号様式（第16条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者（第33条第1項）の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
届出者 病院名  
管理者名

㊦

次の者が医療保護入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ 氏名 住所	----- (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 歳)
保護者の同意により入院した年月日	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	入院形態
第34条による移送の有無	有 ・ 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	
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕 (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。)	(陳述者氏名 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			
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 記憶障害 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 ( )			

その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	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 ( ) 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( ) 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( ) 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 抑鬱状態 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 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。)		
入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	(署名)	
同意をした家族等	氏名	(男・女) 続柄 生年月日 年月日 生
	住所	(男・女) 続柄 生年月日 年月日 生
	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者(選任年月日 年 月 日) 8 市町長	
審査会意見 香川県の措置		

(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。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。
- 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4項入院」、「第33条第3項・第4項入院」又は「第33条の7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 精神科受診歴等には、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含むこととする。
- 4 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・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、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 「同意をした家族等の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
- 8 「同意をした家族等の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。
- 9 推定される医療保護入院による入院期間及び推定された退院後生活環境相談員を記載した医療法施行規則第1条の5に規定する入院診療計画書の写しを添付すること。
- 10 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	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 ( ) 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( ) 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( ) 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 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。)		
入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	(署名)	
保護者	氏名	(男・女) 続柄 生年月日 年月日 生
	住所	(男・女) 続柄 生年月日 年月日 生
	1 後見人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者 4 家庭裁判所が選任した者(選任年月日 年 月 日) 5 その他 ( )	
審査会意見 香川県の措置		

(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。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。
- 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(第33条第2項又は特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第2項入院」、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4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(第33条第2項又は第33条第2項・第4項による入院の場合は、入院した年月日も併せて記載すること。)
- 3 精神科受診歴等には、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含むこととする。
- 4 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・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、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 「保護者の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
- 8 「保護者の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。
- 9 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第16号様式 (第16条関係)

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による医療保護入院者の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
届出者 病院名  
管理者名 ㊦

次の者が特定医師の診察により医療保護入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ 氏名 (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所		
家族等の同意により入院した年月日	年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入院年月日 入院形態	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、精神科受診歴等を記載すること。)	( 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
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 記憶障害 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 減裂思考 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 抑鬱気分 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 ( )		

第16号様式 (第16条関係)

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者 (第33条第2項) の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
届出者 病院名  
管理者名 ㊦

次の者が医療保護入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。なお、保護者が選任された場合、改めて同項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ 氏名 (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 歳)
第33条第2項の入院年月日	年 月 日	今回の入院年月日 入院形態	年 月 日
第34条による移送の有無	有 ・ 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
医療保護入院の必要性 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態ないと判断した理由について記載すること。) (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。)			
病状又は状態像の概要			
入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	( 署名 )		
同意書	氏名 (男・女)	続柄	生年月日 年 月 日
家庭裁判所への申立年月日 (予定日を含む。)	住所 年 月 日		

(注)

- 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。
- 「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4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4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。
- 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。



その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ( ) 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( ) 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( ) 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 抑鬱状態 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 〔患者自身の病気に対 する理解の程度を含 め、任意入院が行わ れる状態にないと判 断した理由について 記載すること。〕				
入院を必要と認めた 特定医師氏名	(署名)				
確認した 精神保健指定医氏名	(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 場合の理由					
同意をした家族等	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
		(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
	住所				
	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者(選任年月日 年 月 日) 8 市町長				

(注)

- 1 [ ]内は、特定医師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条の7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 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、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含むこととする。
- 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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・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、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 「同意をした家族等の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
- 8 「同意をした家族等の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。
- 9 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第16号様式の2 (第16条関係)

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による医療保護入院者 (第33条第1項・第4項) の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
届出者 病院名  
管理者名

㊦

次の者が特定医師の診察により医療保護入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7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 日 生 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所				
保護者の同意により入院した年月日	年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入院年月日 入 院 形 態	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、精神科受診歴等を記載すること。〕	(陳述者氏名 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
現在の精神症状	<p>I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ( )</p> <p>II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害</p> <p>III 記憶 1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( )</p> <p>IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( )</p> <p>V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ( )</p> <p>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 ( )</p> <p>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 ( )</p> <p>VIII 自我意識 1 離人感 2 ささせられ体験 3 解離 4 その他 ( )</p>				

その他の重要な症状	Ⅹ 食行動			
	1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ( )			
問題行動等	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( )			
	4 その他 ( )			
現在の状態像	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( )			
	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 〔患者自身の病気に 対する理解の程度を 含め、任意入院が行 われる状態にない と判断した理由につ いて記載すること。〕				
入院を必要と認めた 特定医師氏名	(署名)			
確認した 精神保健指定医氏名	(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 場合の理由				
保 護 者	氏 名	(男・女)	続柄	年 月 日生
		(男・女)	続柄	年 月 日生
	住 所			
1 後見人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者 4 家庭裁判所が選任した者 (選任年月日 年 月 日) 5 その他 ( )				

(注)

- 1 [ ]内は、特定医師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(第33条第2項又は特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第2項入院」又は「第33条の4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 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、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含むこととする。
- 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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・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、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 「保護者の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
- 8 「保護者の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。
- 9 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第16号様式の3 (第16条関係)

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による医療保護入院者 (第33条第2項・第4項) の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地

届出者 病院名

管理者名

㊦

次の者が特定医師の診察により医療保護入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。なお、保護者が選任された場合、改めて同項の規定により届け出ます。

入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所			
第33条第2項・第4項 の入院年月日	年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入院年月日 入院形態	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、精神科受診歴等を記載すること。〕	(陳述者氏名 続柄 )			
初回入院期間 前入院期間 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 )		
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 記憶障害 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 減裂思考 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 ( )			

その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	IX 食行動				
	1拒食 2過食 3異食 4その他 ( ) 1てんかん発作 2自殺念慮 3物質依存 ( ) 4その他 ( ) 1暴言 2徘徊 3不潔行為 4その他 ( ) 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 (患者自身の病気に対 する理解の程度を含 め、任意入院が行わ れる状態にないと判 断した理由について 記載すること。)					
入院を必要と認めた 特定医師氏名	(署名)				
確認した 精神保健指定医氏名	(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 判断した場合の理由					
同意書	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
	住所				
家庭裁判所への申立年 月日(予定日を含む。)	年 月 日				

(注)

- 1 内は、特定医師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条の4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 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、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含むこととする。
- 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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・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、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第17号様式（第17条関係）

（その1）

医療保護入院に関する同意書

1 医療保護入院の同意の対象となる精神障害者本人

住 所	
フリガナ	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日生

2 医療保護入院の同意者の申告事項

住 所		
フリガナ		
氏 名		
生 年 月 日	年 月 日生	年 月 日生
本人との関係		
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）		
なお、以下のいずれにも該当しないことを申し添えます。 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成年被後見人又は被保佐人、④未成年者		

以上について、事実と相違ないことを確認した上で、1の者を貴病院に入院させることに同意します。

様

年 月 日

氏 名 ㊟

氏 名 ㊟

（注）

- 親権者が両親の場合は、両親とも記載すること。
- 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第17号様式（第17条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院に関する同意書

年 月 日

様

氏 名 ㊟  
 同意者 続 柄  
 住 所

次の者の医療及び保護のため行われる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  
 第33条第2項 の規定による入院について同意します。  
 第33条第4項後段

医療保護入院 の必要がある 者	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日生
法第33条第2項の規定による入院の場合、家庭裁判所への申立年月日（予定日を含む。）		年 月 日
備 考		

（注） 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

(その2)

医療保護入院に関する同意書

年 月 日

様

市町長 印

次の者を精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第3項の規定により、  
貴病院に入院させることに同意する。

居住地又は現在地	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日生

第18号様式（第18条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者退院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
届出者 病院名  
管理者名

㊟

次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 氏名	----- (男・女)		生年月日	年 月 日生 (満 日 生 歳)
	住 所				
入院年月日 (医療保護入院)	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) 4 死亡 5 その他 ( )		2 通院医療	3 転医	
退院後の帰住先	1 自宅 (i 家族と同居, ii 単身) 2 施設 3 その他 ( )				
帰住先の住所					
訪問指導等に関する 見 障害福祉サービス等 の活用に関する意見	----- ----- -----				
主治医氏名					

(注)

- 1 「入院年月日」の欄は、第33条第1項又は第3項による医療保護入院の年月日を記載すること。
- 2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第18号様式（第18条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者（第33条第1項）退院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
届出者 病院名  
管理者名

㊟

次の医療保護入院者（第33条第1項）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 氏名	----- (男・女)		生年月日	年 月 日生 (満 日 生 歳)
	住 所				
保 護 者	フリガナ 氏名	----- (男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
	住 所				
保 護 者	フリガナ 氏名	----- (男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
	住 所				
入院年月日 (医療保護入院)	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) 4 死亡 5 その他 ( )		2 通院医療	3 転医	
退院後の帰住先	1 自宅 (i 家族と同居, ii 単身) 2 施設 3 その他 ( )				
帰住先の住所					
訪問指導等に関する 見 障害福祉サービス等 の活用に関する意見	----- ----- -----				
主治医氏名					

(注)

- 1 「入院年月日」の欄は、医療保護入院の年月日（第33条第2項又は第33条第2項・第4項による入院を経た場合にあつては、その入院年月日）を記載すること。
- 2 「保護者の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
- 3 「保護者の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。
- 4 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。



第18号様式の2 (第18条関係)

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者 (第33条第2項) 退院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
届出者 病院名  
管理者名 ㊟

次の医療保護入院者 (第33条第2項) 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施行細則第18条第2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				
同 意 書	フリガナ	-----		続柄	生年月日
	氏 名	(男・女)			
	住 所				
第33条第2項の規定による入院年月日	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・第33条第1項の規定による医療保護入院・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 住 先	1 自宅 ( i 家族と同居, ii 単身) 2 施設 3 その他 ( )				
帰 住 先 の 住 所					
訪問指導等に関する意見	-----				
障害福祉サービス等の活用に関する意見	-----				
主 治 医 氏 名	-----				

(注) 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第19号様式（第19条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

応 急 入 院 届  
年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
届出者 病院名  
管理者名 ㊦

次の者が応急入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の7第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ	-----		
	氏 名	(男・女) 生年月日 年 月 日 (満 日 生 歳)		
医 療 及 び 保 護 を 依 頼 し た 者	氏 名	入院者との関係		
	住 所			
入 院 年 月 日	年 月 日 (午前・午後 時)			
第 34 条 に よ る 移 送 の 有 無	有 ・ 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 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態ないと判断した理由について記載すること。 (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。)				
病状又は状態像の概要				
応急入院を採った理由 (家族等の同意を得ることのできなかった理由を含め、応急入院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。
- 2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第19号様式（第19条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

応 急 入 院 届  
年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
届出者 病院名  
管理者名 ㊦

次の者が応急入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ	-----		
	氏 名	(男・女) 生年月日 年 月 日 (満 日 生 歳)		
医 療 及 び 保 護 を 依 頼 し た 者	氏 名	入院者との関係		
	住 所			
入 院 年 月 日	年 月 日 (午前・午後 時)			
第 34 条 に よ る 移 送 の 有 無	有 ・ 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 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態ないと判断した理由について記載すること。 (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。)				
病状又は状態像の概要				
応急入院を採った理由 (保護者等の同意を得ることのできなかった理由を含め、応急入院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。
- 2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第20号様式 (第19条関係)

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による応急入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
届出者 病院名  
管理者名

㊦

次の者が特定医師の診察により応急入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の7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 日 生 歳)
	氏 名	(男・女)		
	住 所			
医 療 及 び 保 護 を 依 頼 し た 者	氏 名		入院者との 関係	
	住 所			
入 院 年 月 日	年 月 日 (午前・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 科受診歴等を記載す ること。)	(陳述者名 続柄 )			
応急入院の必要性 (患者自身の病気に 対する理解の程度を 含め、任意入院が行 われる状態ないと判 断した理由について 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 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ( )			

第20号様式 (第19条関係)

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による応急入院 (第33条の4第2項) 届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
届出者 病院名  
管理者名

㊦

次の者が特定医師の診察により応急入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4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 日 生 歳)
	氏 名	(男・女)		
	住 所			
医 療 及 び 保 護 を 依 頼 し た 者	氏 名		入院者との 関係	
	住 所			
入 院 年 月 日	年 月 日 (午前・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 科受診歴等を記載す ること。)	(陳述者名 続柄 )			
応急入院の必要性 (患者自身の病気に 対する理解の程度を 含め、任意入院が行 われる状態ないと判 断した理由について 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 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ( )			

その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑鬱気分 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 ( ) 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( ) 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( ) 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 抑鬱状態 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 ( )		
	応急入院を採った理由 家族等の同意を得る ことのできなかつた 理由を含め、応急入 院を採った理由につ いて記載すること。		
入院を必要と認めた 特定医師氏名	(署名)		
確認した 精神保健指定医氏名	(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 判断した場合の理由			

(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、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 3 精神科受診歴等には、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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・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、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 6 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	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 ( ) 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( ) 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( ) 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 ( )		
	応急入院を採った理由 保護者等の同意を得る ことのできなかつた 理由を含め、応急入 院を採った理由につ いて記載すること。		
入院を必要と認めた 特定医師氏名	(署名)		
確認した 精神保健指定医氏名	(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 判断した場合の理由			

(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、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 3 精神科受診歴等には、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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・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、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 6 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第22号様式 (第22条関係)

受付保健所名	
受付年月日	

措置入院者の定期病状報告書

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
報告者 病院名  
管理者名

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 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所			
入院措置年月日	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	
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科 受診歴等を記載するこ と。〕	(陳述者名 続柄 )			
初回入院期間 前前回入院期間 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			
過去6箇月間(措置入院 後3箇月の場合は過去3 箇月間)の仮退院の実績	計 回 延日数 日			
過去6箇月間(措置入院 後3箇月の場合は過去3 箇月間)の病状又は状態 像の経過の概要 〔問題行動を中心として 記載すること。〕				
過去6箇月間(措置入院 後3箇月の場合は過去3 箇月間)の治療内容及 びその結果				
今後の治療方針(再発防 止への対応含む。)				
処遇、看護及び 指導の現状	隔離	i多用 ii時々 iiiほとんど不要		
	注意必要度	i常に嚴重な注意 ii随時一応の注意 iiiほとんど不要		
	日常生活の介 助指導必要性	i極めて手間のかかる介助 ii比較的簡単な介助と指 導 iii生活指導を要する ivその他 ( )		
重大な問題行動 (Aはこれまでの、Bは 今後おそれのある行動)	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像			
1 殺人	A B	<現在の精神症状>		
2 放火	A B	I 意識		
3 強盗	A B	1意識混濁 2せん妄 3もうろう 4その他 ( )		
4 強姦	A B	II 知能		
5 強制わいせつ	A B	1軽度障害 2中等度障害 3重度障害		

第22号様式 (第22条関係)

受付保健所名	
受付年月日	

措置入院者の定期病状報告書

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
報告者 病院名  
管理者名

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 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所			
入院措置年月日	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	
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科 受診歴等を記載するこ と。〕	(陳述者名 続柄 )			
初回入院期間 前前回入院期間 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			
過去6箇月間(措置入院 後3箇月の場合は過去3 箇月間)の仮退院の実績	計 回 延日数 日			
過去6箇月間(措置入院 後3箇月の場合は過去3 箇月間)の病状又は状態 像の経過の概要 〔問題行動を中心として 記載すること。〕				
過去6箇月間(措置入院 後3箇月の場合は過去3 箇月間)の治療内容及 びその結果				
今後の治療方針(再発防 止への対応含む。)				
処遇、看護及び 指導の現状	隔離	i多用 ii時々 iiiほとんど不要		
	注意必要度	i常に嚴重な注意 ii随時一応の注意 iiiほとんど不要		
	日常生活の介 助指導必要性	i極めて手間のかかる介助 ii比較的簡単な介助と指 導 iii生活指導を要する ivその他 ( )		
重大な問題行動 (Aはこれまでの、Bは 今後おそれのある行動)	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像			
1 殺人	A B	<現在の精神症状>		
2 放火	A B	I 意識		
3 強盗	A B	1意識混濁 2せん妄 3もうろう 4その他 ( )		
4 強姦	A B	II 知能		
5 強制わいせつ	A B	1軽度障害 2中等度障害 3重度障害		

6	障害	A B	III 記憶
7	暴行	A B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( )
8	恐喝	A B	IV 知覚
9	脅迫	A B	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( )
10	窃盗	A B	V 思考
11	器物損壊	A B	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸
12	弄火又は失火	A B	6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ( )
13	家宅侵入	A B	VI 感情・情動
14	詐欺等の経済的な問題行動	A B	1 感情平板化 2 抑鬱気分 3 高揚気分 4 感情失禁
15	自殺企図	A B	5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進
16	自傷	A B	7 その他 ( )
17	その他 ( )	A B	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 抑鬱状態 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

本報告に係る診察年月日 年 月 日

診察した精神保健指 定 医 氏 名 (署名)

密 査 会 意 見	
香 川 県 の 措 置	

6	障害	A B	III 記憶
7	暴行	A B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( )
8	恐喝	A B	IV 知覚
9	脅迫	A B	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( )
10	窃盗	A B	V 思考
11	器物損壊	A B	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸
12	弄火又は失火	A B	6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ( )
13	家宅侵入	A B	VI 感情・情動
14	詐欺等の経済的な問題行動	A B	1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁
15	自殺企図	A B	5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進
16	自傷	A B	7 その他 ( )
17	その他 ( )	A B	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 ( )

診察時の特記事項

本報告に係る診察年月日 年 月 日

診察した精神保健指 定 医 氏 名 (署名)

保 護 者	氏 名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
		(男・女)	続柄		年 月 日生
	住 所				
	1	後見人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者			
	4	家庭裁判所が選任した者(選任年月日 年 月 日)			
	5	その他 ( )			

密 査 会 意 見	
香 川 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4項入院」、「第33条第3項・第4項入院」又は「第33条の7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 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。また、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、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含むこととする。
- 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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・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、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 「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。
- 8 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。
- 9 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

(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（第33条第2項又は特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第2項入院」、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4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 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。また、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、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含むこととする。
- 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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・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、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 「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。
- 8 「保護者の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
- 9 「保護者の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。
- 10 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。
- 11 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第23号様式（第22条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者の定期病状報告書

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
報告者 病院名  
管理者名

㊤

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項において準用する同条第1項の規定により報告します。

医療保護入院者	フリガナ	-----		年 月 日生
	氏 名	(男・女)		生年月日 (満 歳)
	住 所			
医療保護入院年月日 (第33条第1項・第3項による入院)	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	
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕	(陳述者名 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			
過去12箇月間の 外泊の実績	1 不定期的 2 定期的 ( i 月単位、 ii 数箇月単位、 iii その他 ( ) ) 3 なし			
過去12箇月間の病状又は状態像の経過の概要 〔問題行動を中心として記載すること。〕				
過去12箇月間の治療の内容及びその結果並びに通院又は任意入院に変更できなかった理由				
症 状 の 経 過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向			
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について)				

第23号様式（第22条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者の定期病状報告書

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
報告者 病院名  
管理者名

㊤

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項において準用する同条第1項の規定により報告します。

医療保護入院者	フリガナ	-----		年 月 日生
	氏 名	(男・女)		生年月日 (満 歳)
	住 所			
医療保護入院年月日 (第33条第1項による入院)	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	
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕	(陳述者名 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			
過去12箇月間の 外泊の実績	1 不定期的 2 定期的 ( i 月単位、 ii 数箇月単位、 iii その他 ( ) ) 3 なし			
過去12箇月間の病状又は状態像の経過の概要 〔問題行動を中心として記載すること。〕				
過去12箇月間の治療の内容及びその結果並びに通院又は任意入院に変更できなかった理由				
症 状 の 経 過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向			
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について)				



退院に向けた取組の状況 (選任された退院後生活環境相談員との相談状況、地域援助事業者の紹介状況、医療保護入院者退院支援委員会で決定した推定される入院期間等について)	選任された退院後生活環境相談員
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 抑鬱気分 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 抑鬱状態 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 (患者自身の病気に對する理解の程度を含め、医療保護入院を継続させることの必要性についても記載すること。)	
本報告に係る日 診察年月日	年 月 日
診察した精神保健 指定医氏名	(署名)

審査会意見	
香川県の措置	

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 ( )	
診察時の特記事項 (患者自身の病気に對する理解の程度を含め、医療保護入院を継続させることの必要性についても記載すること。)		
本報告に係る日 診察年月日	年 月 日	
診察した精神保健 指定医氏名	(署名)	
保 護 者	氏 名	(男・女) 続柄 生年月日 年 月 日生
		(男・女) 続柄 生年月日 年 月 日生
保 護 者	住 所	
	1 後见人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者 4 家庭裁判所が選任した者(選任年月日 年 月 日) 5 その他 ( )	

審査会意見	
香川県の措置	

(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4項入院」、「第33条第3項・第4項入院」又は「第33条の7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 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。また、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、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含むこととする。
- 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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること
- 6 入院後の診察により精神状態が重症であって、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、「過去12箇月間の治療の内容及びその結果並びに通院又は任意入院に変更できなかった理由」の欄にその旨を記載すること。
- 7 「退院に向けた取組の状況」の欄は、次に掲げる事項を記載すること。この場合において、(3)に掲げる事項は、必要に応じて、医療保護入院者退院支援委員会における審議の結果の記録を添付した上で、当該欄にその旨を記載すること。
  - (1) 退院後生活環境相談員との最初の相談を行った時期、その後の相談の頻度等
  - (2) 地域援助事業者の紹介の有無、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状況等
- 8 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 9 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。
- 10 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

(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（第33条第2項又は特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第2項入院」、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4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（第33条第2項又は第33条第2項・第4項による入院の場合は、入院した年月日も併せて記載すること。）。
- 3 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。また、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、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含むこととする。
- 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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・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、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 「保護者の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
- 8 「保護者の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。
- 9 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。
- 10 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第23号様式の2 (第22条関係)

任意入院者の定期病状報告書

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
報告者 病院名  
管理者名

㊦

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任意入院者の症状等の報告に関する条例第2条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				
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	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-- ( )	2 従たる精神障害 ICDカテゴリ-- ( )	3 身体合併症		
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕	(陳述者氏名 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				
過去12箇月間の外泊の実績	1 不定期的 2 定期的 ( i 月単位、 ii 数箇月単位、 iii その他 ( ) ) 3 なし				
過去12箇月間の病状又は状態像の経過の概要 〔問題行動を中心として記載すること。〕					
過去12箇月間の治療の内容及びその結果 (過去12箇月間に行動制限が行われた際にはその必要性について)					
症状の経過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向				
今後の治療方針					
任意入院継続の必要性 (通院へ変更ができない理由について具体的に記載すること。)					
今後の退院へ向けた取組					

第23号様式の2 (第22条関係)

任意入院者の定期病状報告書

年 月 日

香川県知事 殿

所在地  
報告者 病院名  
管理者名

㊦

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任意入院者の症状等の報告に関する条例第2条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				
任意入院年月日 (第22条の3による入院)	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-- ( )	2 従たる精神障害 ICDカテゴリ-- ( )	3 身体合併症		
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕	(陳述者氏名 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				
過去12箇月間の外泊の実績	1 不定期的 2 定期的 ( i 月単位、 ii 数箇月単位、 iii その他 ( ) ) 3 なし				
過去12箇月間の病状又は状態像の経過の概要 〔問題行動を中心として記載すること。〕					
過去12箇月間の治療の内容及びその結果 (過去12箇月間に行動制限が行われた際にはその必要性について)					
症状の経過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向				
今後の治療方針					
任意入院継続の必要性 (通院へ変更ができない理由について具体的に記載すること。)					
今後の退院へ向けた取組み					

現在の精神症状	<p>I 意識 1意識混濁 2せん妄 3もうろう 4その他( )</p> <p>II 知能 1軽度障害 2中等度障害 3重度障害</p> <p>III 記憶 1記憶障害 2見当識障害 3健忘 4その他( )</p> <p>IV 知覚 1幻聴 2幻視 3その他( )</p> <p>V 思考 1妄想 2思考途絶 3連合弛緩 4減裂思考 5思考奔逸 6思考制止 7強迫観念 8その他( )</p> <p>VI 感情・情動 1感情平板化 2抑鬱気分 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( )</p> <p>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( )</p> <p>VIII 自我意識 1離人感 2させられ体験 3解離 4その他( )</p> <p>IX 食行動 1拒食 2過食 3異食 4その他( )</p>
その他の重要な症状	<p>1てんかん発作 2自殺念慮 3物質依存( ) 4 その他( )</p>
問題行動等 現在の状態像	<p>1暴言 2徘徊 3不潔行為 4その他( ) 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抑鬱状態 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( )</p>
本報告に係る診察年月日	年 月 日
診断した主治医氏名	(署名)
審査会意見	
香川県の措置	

現在の精神症状	<p>I 意識 1意識混濁 2せん妄 3もうろう 4その他( )</p> <p>II 知能 1軽度障害 2中等度障害 3重度障害</p> <p>III 記憶 1記憶障害 2見当識障害 3健忘 4その他( )</p> <p>IV 知覚 1幻聴 2幻視 3その他( )</p> <p>V 思考 1妄想 2思考途絶 3連合弛緩 4減裂思考 5思考奔逸 6思考制止 7強迫観念 8その他( )</p> <p>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( )</p> <p>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( )</p> <p>VIII 自我意識 1離人感 2させられ体験 3解離 4その他( )</p> <p>IX 食行動 1拒食 2過食 3異食 4その他( )</p>
その他の重要な症状	<p>1てんかん発作 2自殺念慮 3物質依存( ) 4 その他( )</p>
問題行動等 現在の状態像	<p>1暴言 2徘徊 3不潔行為 4その他( ) 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( )</p>
本報告に係る診察年月日	年 月 日
診断した主治医氏名	(署名)
審査会意見	
香川県の措置	

(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4項入院」、「第33条第3項・第4項入院」又は「第33条の7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 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。また、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、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含むこととする。
- 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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 6 入院後の診察により精神状態が重症であって、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。
- 7 入院時から6箇月の間に開放処遇が制限された者の当初の報告においては、「過去12箇月間」とあるのは「入院時から報告時までの間」と読み替えること。
- 8 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 9 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。
- 10 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

(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。(第33条第2項又は特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第2項入院」、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4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 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。また、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、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含むこととする。
- 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」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 6 入院時から6箇月の間に開放処遇が制限された者の当初の報告においては、「過去12箇月間」とあるのは「入院時から報告時までの間」と読み替えること。
- 7 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 8 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。
- 9 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第24号様式（第23条関係）

		受付保健所名			
		受付年月日			
措置入院者等無断退去届					
年 月 日					
香川県知事 殿					
所在地					
届出者 病院名					
管理者名 <span style="float: right;">㊟</span>					
次の者が無断で退去し、その行方が不明になりましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第23条第1項の規定により届け出ます。					
措置 入院者等	氏 名		性別		男・女
	住 所				
	生年月日	年 月 日	入院措置 年月日	年 月 日	
	病 名				
退 去 した 日 時		年 月 日 時 分頃			
症状及び退去時の概要					
発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項					
家族等又は これに準ず る者	氏 名		続柄		
	住 所				
退去後に病院が採った措置					

(注) 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第24号様式（第23条関係）

		受付保健所名			
		受付年月日			
措置入院者等無断退去届					
年 月 日					
香川県知事 殿					
所在地					
届出者 病院名					
管理者名 <span style="float: right;">㊟</span>					
次の者が無断で退去し、その行方が不明になりましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第23条第1項の規定により届け出ます。					
措 置 入 院 者 等	氏 名		性別		男・女
	住 所				
	生年月日	年 月 日	入院措置 年月日	年 月 日	
	病 名				
退 去 した 日 時		年 月 日 時 分頃			
症状及び退去時の概要					
発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項					
保 護 者	氏 名		続柄		
	住 所				
退去後に病院が採った措置					

(注) 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第25号様式（第23条関係）

		受付保健所名			
		受付年月日			
無断退去者帰院届					
年 月 日					
香川県知事 殿					
所在地					
届出者 病院名					
管理者名 ㊟					
年 月 日付で届け出た無断退去者が帰院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第23条第2項の規定により届け出ます。					
無断退去者	氏 名				
	住 所				
	生年月日	年 月 日	入院措置 年月日	年 月 日	
	病 名				
退 去 した 日 時		年 月 日	時 分頃		
発 見 した 日 時		年 月 日	時 分頃		
発見の場所及び発見状況					
帰 院 した 日 時		年 月 日	時 分頃		

(注) 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第25号様式（第23条関係）

		受付保健所名			
		受付年月日			
無断退去者帰院届					
年 月 日					
香川県知事 殿					
所在地					
届出者 病院名					
管理者名 ㊟					
年 月 日付で届け出た無断退去者が帰院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第23条第2項の規定により届け出ます。					
無断退去者	氏 名				
	住 所				
	生年月日	年 月 日	入院措置 年月日	年 月 日	
	病 名				
退 去 した 日 時		年 月 日	時 分頃		
発 見 した 日 時		年 月 日	時 分頃		
発見の場所及び発見状況					
帰 院 した 日 時		年 月 日	時 分頃		
保 護 者	氏 名				続 柄
	住 所				

(注) 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第26号様式（第24条関係）

受付保健所名			
受付年月日			
措置入院者等死亡届			
年 月 日			
香川県知事 殿			
所在地			
届出者 病院名			
管理者名 ㊟			
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第24条の規定により、次のとおり届け出ます。			
措置入院者等	氏 名		
	住 所		
	生年月日	年 月 日	入 院 年 月 日 年 月 日
	病 名	入院形態名	
死 亡 日 時	年 月 日 時 分頃		
死亡に至るまでの状況			
今後の対応についての 意 見			

(注) 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第26号様式（第24条関係）

受付保健所名			
受付年月日			
措置入院者等死亡届			
年 月 日			
香川県知事 殿			
所在地			
届出者 病院名			
管理者名 ㊟			
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第24条の規定により、次のとおり届け出ます。			
措置入院者等	氏 名		
	住 所		
	生年月日	年 月 日	入 院 年 月 日 年 月 日
	病 名	入院形態名	
保護者又はこれに準ずる者	氏 名	続柄	
	住 所		
死 亡 日 時	年 月 日 時 分頃		
死亡に至るまでの状況			
今後の対応についての 意 見			

(注) 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。



第27号様式（第25条関係）

受付保健所名			
受付年月日			
措置入院者仮退院許可申請書			
香川県知事 殿		年 月 日	
所在地			
申請者 病院名			
管理者名		㊟	
次のとおり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第40条の規定により申請します。			
措置入院者	氏名		性別 男・女
	住所		
	帰住先及びその住所	区分	1 自宅 (i 家族と同居 ii 単身) 2 施設 3 その他 ( )
	生年月日	年 月 日	入院措置年月日 年 月 日
	病名		
仮退院の理由			
仮退院の期間 年 月 日から 年 月 日まで			
仮退院期間中の治療計画			
症状の概要			
訪問指導についての意見			
診察した精神保健指定医氏名		(署名)	

(注) 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第28号様式（第25条関係）

略

第27号様式（第25条関係）

受付保健所名			
受付年月日			
措置入院者仮退院許可申請書			
香川県知事 殿		年 月 日	
所在地			
申請者 病院名			
管理者名		㊟	
次のとおり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第40条の規定により申請します。			
措置入院者	氏名		性別 男・女
	住所		
	帰住先及びその住所	区分	1 自宅 (i 家族と同居 ii 単身) 2 施設 3 その他 ( )
	生年月日	年 月 日	入院措置年月日 年 月 日
	病名		
保護者	氏名		続柄
	住所		
仮退院の理由			
仮退院の期間 年 月 日から 年 月 日まで			
仮退院期間中の治療計画			
症状の概要			
訪問指導についての意見			
診察した精神保健指定医氏名		(署名)	

(注) 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第28号様式（第25条関係）

略

医療保護入院者の保護者変更届						
					年 月 日	
香川県知事 殿						
所在地						
届出者 病院名						
管理者名 ㊟						
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第26条の規定により、次のとおり届け出ます。						
医療保護 入院者	氏名					
	住所					
	生年月日		年 月 日			
保護者	変更後	氏名	生年月日	年 月 日生	続柄	
		住所				
	変更前	氏名	生年月日	年 月 日生	続柄	
		住所				
変更年月日		年 月 日				
変更の原因又は理由						
備 考						

(注)

- 1 保護者が変わったときは、医療保護入院に関する同意書を添付すること。
- 2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第30号様式（第27条関係）

受付市町名			
受付年月日			
障害者手帳交付等申請書 年 月 日 香川県知事 殿 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の交付等を申請します。			
申請の区分	<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更		
申請者 (精神障害者本人)	ふりがな氏名	⑩	生年月日 年 月 日
	住所	電話番号 ( )	
家族の連絡先 (申請者が18歳未満の場合に記載すること。)	ふりがな氏名	続柄	住所 電話番号 ( )
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用） <input type="checkbox"/> 障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し並びに同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）並びに同意書 <input type="checkbox"/> 写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの） <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体が交付した精神障害者保健福祉手帳		
既存の自立支援医療受給者証	有効期間	年 月 日	
	自立支援医療費受給者番号		
既存の精神障害者保健福祉手帳	有効期限	年 月 日	
	手帳番号		
申請書を提出した者	氏名	⑩	本人との関係 住所 電話番号 ( )

(注)

- については、該当するものに「✓」を記入すること。
- 添付書類の同意書は、別紙「同意書」によること。
- 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

別紙  
略

第30号様式（第27条関係）

受付市町名			
受付年月日			
障害者手帳交付等申請書 年 月 日 香川県知事 殿 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の交付等を申請します。			
申請の区分	<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更		
申請者 (精神障害者本人)	ふりがな氏名	⑩	性別 男・女 生年月日 年 月 日
	住所	電話番号 ( )	
保護者の連絡先	氏名	続柄	住所 電話番号 ( )
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用） <input type="checkbox"/> 障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し並びに同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）並びに同意書 <input type="checkbox"/> 写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの） <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体が交付した精神障害者保健福祉手帳		
既存の自立支援医療受給者証	有効期間	年 月 日	
	自立支援医療費受給者番号		
既存の精神障害者保健福祉手帳	有効期限	年 月 日	
	手帳番号		
申請書を提出した者	氏名	⑩	本人との関係 住所 電話番号 ( )

(注)

- については、該当するものに「✓」を記入すること。
- 添付書類の同意書は、別紙「同意書」によること。
- 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

別紙  
略

第31号様式 (第27条、第30条関係)

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

フリガナ 氏名			年 月 日生 (満 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 (2) 従たる精神障害 (3) 身体合併症	ICDコード ( ) ICDコード ( )	身体障害者手帳 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種別 ( ) 級)
2 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 (年 月 日) ( <input type="checkbox"/> 診療録確認 <input type="checkbox"/> 本人等申立て ) 診断書作成医療機関の初診年月日 (年 月 日)		
3 発病から現在までの病歴等 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載してください。)	(推定発病年月 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 発症日 年 月 日)		
4 現在の病状、状態像等 (該当する <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> 印を記入してください。)	5 4の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 (検査名、検査結果、検査時期) 等		
(1) 抑鬱状態 <input type="checkbox"/> 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 易刺激性、興奮 <input type="checkbox"/> 憂鬱気分 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
(2) 躁状態 <input type="checkbox"/> 行為心込 <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 感情高揚・易刺激性 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
(3) 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
(5) 統合失調症等残遺状態 <input type="checkbox"/> 自閉 <input type="checkbox"/> 感情平板化 <input type="checkbox"/> 意欲の減退 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
(6) 情動及び行動の障害 <input type="checkbox"/> 爆発性 <input type="checkbox"/> 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 食行動の異常 <input type="checkbox"/> チック・汚言 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
(7) 不安及び不穏 <input type="checkbox"/> 強度の不安・恐怖感 <input type="checkbox"/> 強迫体験 <input type="checkbox"/> 心的外傷に関連する症状 <input type="checkbox"/> 解離・転換症状 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
(8) てんかん発作等 (けいれん及び意識障害) <input type="checkbox"/> てんかん発作 発作型 ( ) 頻度 ( ) 最終発作 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
(9) 精神作用物質の乱用、依存等 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 覚醒剤 <input type="checkbox"/> 有機溶剤 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 乱用 <input type="checkbox"/> 依存 <input type="checkbox"/> 残遺性・遅発性精神病性障害 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 現在の精神作用物質の使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 知的障害 (精神遅滞) <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 療育手帳 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級等 ( ) ) ) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他の記憶障害 ( ) <input type="checkbox"/> 学習の困難 <input type="checkbox"/> 読み <input type="checkbox"/> 書き <input type="checkbox"/> 算数 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

第31号様式 (第27条、第30条関係)

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

フリガナ 氏名			年 月 日生 (満 歳)	男・女
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 (2) 従たる精神障害 (3) 身体合併症	ICDコード ( ) ICDコード ( )	身体障害者手帳 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種別 ( ) 級)	
2 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 (年 月 日) ( <input type="checkbox"/> 診療録確認 <input type="checkbox"/> 本人等申立て ) 診断書作成医療機関の初診年月日 (年 月 日)			
3 発病から現在までの病歴等 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載してください。)	(推定発病年月 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 発症日 年 月 日)			
4 現在の病状、状態像等 (該当する <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> 印を記入してください。)	5 4の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 (検査名、検査結果、検査時期) 等			
(1) 抑鬱状態 <input type="checkbox"/> 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 易刺激性、興奮 <input type="checkbox"/> 憂鬱気分 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
(2) 躁状態 <input type="checkbox"/> 行為心込 <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 感情高揚・易刺激性 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
(3) 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
(5) 統合失調症等残遺状態 <input type="checkbox"/> 自閉 <input type="checkbox"/> 感情平板化 <input type="checkbox"/> 意欲の減退 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
(6) 情動及び行動の障害 <input type="checkbox"/> 爆発性 <input type="checkbox"/> 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 食行動の異常 <input type="checkbox"/> チック・汚言 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
(7) 不安及び不穏 <input type="checkbox"/> 強度の不安・恐怖感 <input type="checkbox"/> 強迫体験 <input type="checkbox"/> 心的外傷に関連する症状 <input type="checkbox"/> 解離・転換症状 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
(8) てんかん発作等 (けいれん及び意識障害) <input type="checkbox"/> てんかん発作 発作型 ( ) 頻度 ( ) 最終発作 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
(9) 精神作用物質の乱用、依存等 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 覚醒剤 <input type="checkbox"/> 有機溶剤 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 乱用 <input type="checkbox"/> 依存 <input type="checkbox"/> 残遺性・遅発性精神病性障害 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 現在の精神作用物質の使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 知的障害 (精神遅滞) <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 療育手帳 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級等 ( ) ) ) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他の記憶障害 ( ) <input type="checkbox"/> 学習の困難 <input type="checkbox"/> 読み <input type="checkbox"/> 書き <input type="checkbox"/> 算数 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

(1) 広汎性発達障害 関連症状	<input type="checkbox"/> 相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/> コミュニケーションのパターンにおける質的障害 <input type="checkbox"/> 限定した常同的で反復的な関心と活動 <input type="checkbox"/> その他( )
(12) その他( )	
6 生活能力の状態(保護的環境でない場合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	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所(施設名 ) <input type="checkbox"/> 在宅(単身) <input type="checkbox"/> 在宅(家族等と同居) <input type="checkbox"/> その他( )
(2) 日常生活能力の判定(各項目について該当する□に△印を記入してください。)	
① 適切な食事摂取	<input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
② 身の清潔保持、規則正しい生活	<input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
③ 金銭管理と買物	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
④ 通院と服薬(□要 □不要)	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
⑤ 他人との意思伝達・対人関係	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
⑥ 身の安全保持・危機対応	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
⑦ 社会的手続や公共施設の利用	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
(3) 日常生活能力の程度(該当する□に△印を記入してください。)	
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。	
7 6の具体的程度、状態等	
8 現在の障害福祉サービス等の利用状況(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に規定する居宅介護、自立訓練、共同生活援助その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
9 備考(審査の参考となる事項を記載してください。)	
※自立支援医療(精神通院医療)を同時に申請する場合には、この欄にも記載してください。	
1 現在の治療内容	2 今後の治療方針
(1) 投薬内容	
(2) 精神療法等	
(3) 医療型デイケアの利用(□有 □無)	3 医師の経歴(重度かつ継続に該当し、かつ、主たる精神障害がF40～F99と診断した場合に記載してください。) <input type="checkbox"/> 精神保健指定医である。(指定医番号: ) <input type="checkbox"/> 精神保健指定医でない。(精神医療に3年以上従事した経歴を詳細に記載してください。)
(4) 訪問看護指示の有無(□有 □無)	
医療機関 年 月 日 所在地 名称 電話番号	診療担当科名 医師氏名(署名又は記名押印)

(1) 広汎性発達障害 関連症状	<input type="checkbox"/> 相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/> コミュニケーションのパターンにおける質的障害 <input type="checkbox"/> 限定した常同的で反復的な関心と活動 <input type="checkbox"/> その他( )
(12) その他( )	
6 生活能力の状態(保護的環境でない場合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	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所(施設名 ) <input type="checkbox"/> 在宅(単身) <input type="checkbox"/> 在宅(家族等と同居) <input type="checkbox"/> その他( )
(2) 日常生活能力の判定(各項目について該当する□に△印を記入してください。)	
① 適切な食事摂取	<input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
② 身の清潔保持、規則正しい生活	<input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
③ 金銭管理と買物	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
④ 通院と服薬(□要 □不要)	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
⑤ 他人との意思伝達・対人関係	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
⑥ 身の安全保持・危機対応	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
⑦ 社会的手続や公共施設の利用	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
(3) 日常生活能力の程度(該当する□に△印を記入してください。)	
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。	
7 6の具体的程度、状態等	
8 現在の障害福祉サービス等の利用状況(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に規定する居宅介護、共同生活介護、自立訓練、共同生活援助その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
9 備考(審査の参考となる事項を記載してください。)	
※自立支援医療(精神通院医療)を同時に申請する場合には、この欄にも記載してください。	
1 現在の治療内容	2 今後の治療方針
(1) 投薬内容	
(2) 精神療法等	
(3) 医療型デイケアの利用(□有 □無)	3 医師の経歴(重度かつ継続に該当し、かつ、主たる精神障害がF40～F99と診断した場合に記載してください。) <input type="checkbox"/> 精神保健指定医である。(指定医番号: ) <input type="checkbox"/> 精神保健指定医でない。(精神医療に3年以上従事した経歴を詳細に記載してください。)
(4) 訪問看護指示の有無(□有 □無)	
医療機関 年 月 日 所在地 名称 電話番号	診療担当科名 医師氏名(署名又は記名押印)

附 則

- この規則は、平成26年4月1日から施行する。
- 改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則に定める様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。