

## 様式1

## 入院（任意入院）に際してのお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

平成 年 月 日

- 1 あなたの入院は、あなたの同意に基づく、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第20条の規定による任意入院です。
- 2 あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立ち会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院にあずかることがあります。
- 3 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。
- 4 あなたの入院中、あなたの処遇は、原則として開放的な環境での処遇（夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇。）となります、しかし、治療上必要な場合には、あなたの開放処遇を制限することがあります。
- 5 あなたの入院中、治療上どうしても必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 6 あなたの入院は任意入院でありますので、あなたの退院の申し出により、退院できます。ただし、精神保健指定医又は特定医師があなたを診察し、必要があると認めたときには、入院を継続していただくことがあります。その際には、入院継続の措置をとることについて、あなたに説明いたします。
- 7 もしもあなたに不明な点、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申し出て下さい。

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、都道府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又は下記にお問い合わせ下さい。

|                      |
|----------------------|
| 都道府県知事の連絡先（電話番号を含む。） |
|----------------------|

- 8 病院の治療方針に従って療養に専念して下さい。

病 院 名  
管理者の氏名  
主治医の氏名

様式 2

任 意 入 院 同 意 書

平成 年 月 日

○ ○ 病院長 殿

入院者本人 氏 名

生年月日

住 所

私は、「入院に際してのお知らせ」（入院時告知事項）を了承のうえ、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 21 条第 1 項の規定により、貴院に入院することに同意いたします。

様式 3

任 意 入 院 （ 継 続 ） 同 意 書

平成 年 月 日

○ ○ 病院長 殿

入院者本人 氏 名

生年月日

住 所

私は、「入院に際してのお知らせ」（入院時告知事項）を了承のうえ、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 21 条第 1 項の規定により、貴院に引き続き入院することに同意いたします。

様式 4

入院継続に際してのお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

平成 年 月 日

- 1 あなたから退院の申し出がりましたが、(精神保健指定医・特定医師)の診察の結果、入院を継続する必要があると認めますので(午前・午後 時)、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第21条第7項の規定により、お知らせします。
- 2 あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立ち会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院にあずかることがあります。
- 3 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。
- 4 あなたの入院中、治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。
- 5 もしもあなたに不明な点、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申し出て下さい。

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、都道府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又は下記にお問い合わせ下さい。

|                      |
|----------------------|
| 都道府県知事の連絡先(電話番号を含む。) |
|----------------------|

- 6 病院の治療方針に従って療養に専念して下さい。

病 院 名  
管 理 者 の 氏 名  
指 定 医 ・ 特 定 医 師 の 氏 名  
主 治 医 の 氏 名

様式5

任意入院患者を退院制限した場合の記録

平成 年 月 日

殿

病院名

所在地

管理者名

印

|               |  |       |               |          |                      |   |   |                |
|---------------|--|-------|---------------|----------|----------------------|---|---|----------------|
| 任意入院患者        | フリガナ   |       |               | 生年月日     | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日生<br>(満<br>歳) |
|               | 氏名   | (男・女) |               |          |                      |   |   |                |
|               | 住所   | 都道府県  | 郡市区           | 町村区      |                      |   |   |                |
| 任意入院退院制限年月日   | 平成 年 月 日<br>(午前・午後 時)  |       |               | 今回の入院年月日 | 昭和<br>平成             | 年 | 月 | 日              |
|               |  |       |               | 入院形態     |                      |   |   |                |
| 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、精神科受診歴等を記載すること。〕</p> <p>(陳述者氏名 続柄 )</p>   |       |               |          |                      |   |   |                |
| 初回入院期間        | 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日<br>(入院形態 )   |       |               |          |                      |   |   |                |
| 前回入院期間        | 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日<br>(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<br/>1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ( )</p> <p>II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)</p> <p>III 記憶<br/>1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( )</p> <p>IV 知覚<br/>1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( )</p> <p>V 思考<br/>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<br/>7 強迫観念 8 その他 ( )</p> |       |               |          |                      |   |   |                |

|  |   |      |                       |
|--|---|------|-----------------------|
| <その他の重要な症状><br><br><問題行動等><br><br><現在の状態像> | VI 感情・情動<br>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<br>6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ( ) |      |                       |
|  | VII 意欲<br>1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止<br>6 無為・無関心 7 その他 ( )            |      |                       |
|  | VIII 自我意識<br>1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ( )                                  |      |                       |
|  | IX 食行動<br>1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ( )  |      |                       |
| 任意入院継続の必要性                                 |   |      |                       |
| 入院の継続が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 | 平成 年 月 日<br>(午前・午後 時) |
| 精神保健指定医が退院制限が妥当でないと判断した場合の理由               |   |      |                       |

|           |  |
|-----------|--|
| 事後審査委員会意見 |  |
|-----------|--|

### 記載上の留意事項

- 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。
- 4 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。
- 5 初回及び前回入院期間の欄は、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か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 診断した特定医師氏名の欄は、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氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 9 選択肢の欄は、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 6

開放処遇の制限を行うに当たってのお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

平成 年 月 日

- 1 あなたの状態が、下記に該当するため、これから（午前・午後 時 分）開放処遇を制限します。
- 2 下記の状態がなくなれば、再び開放処遇となります。

記

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に悪く影響する状態
- イ 自殺企図又は自傷行為のおそれがある状態
- ウ ア又はイのほか、当該患者の病状からみて、開放処遇を継続することが困難な状態
- エ その他（ )

医師の氏名

## 様式7

### 措置入院決定のお知らせ

〇 〇 〇 〇 殿

平成 年 月 日

〇 〇 〇 知事

- 1 あなたは、精神保健指定医の診察の結果、入院措置が必要であると認めたので通知します。
- 2 あなたの入院は、【①精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の規定による措置入院 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の規定による緊急措置入院】です。
- 3 あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立ち会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院にあずかることがあります。
- 4 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。
- 5 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。
- 6 もしもあなたに不明な点、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申し出て下さい。

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、都道府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又は下記にお問い合わせ下さい。

|                      |
|----------------------|
| 都道府県知事の連絡先（電話番号を含む。） |
|----------------------|

- 7 病院の治療方針に従って療養に専念して下さい。
- 8 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60日以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。
- 9 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、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となります。）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60日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判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判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判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 8

入院（医療保護入院）に際してのお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

平成 年 月 日

- 1 あなたは、(精神保健指定医・特定医師)の診察の結果、入院が必要であると認められ、平成 年 月 日(午前・午後 時)、入院されました。
- 2 あなたの入院は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条【①第1項 ②第3項 ③第4項後段】の規定による医療保護入院です。
- 3 あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立ち会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院にあずかることがあります。
- 4 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。
- 5 あなたの入院中、治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。
- 6 もしもあなたに不明な点、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申し出て下さい。

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、都道府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又は下記にお問い合わせ下さい。

都道府県知事の連絡先(電話番号を含む。)

- 7 病院の治療方針に従って療養に専念して下さい。

病 院 名  
管 理 者 の 氏 名  
指 定 医 ・ 特 定 医 師 の 氏 名  
主 治 医 の 氏 名

様式 9

入院（応急入院）に際してのお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

平成 年 月 日

- 1 あなたは、(精神保健指定医・特定医師)の診察の結果、入院が必要であると認められ、本日(午前・午後 時)、入院されました。
- 2 あなたの入院は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の7【①第1項 ②第2項後段】の規定による応急入院です。
- 3 あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立ち会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院にあずかることがあります。
- 4 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。
- 5 あなたの入院中、治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。
- 6 もしもあなたに不明な点、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申し出て下さい。

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、都道府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又は下記にお問い合わせ下さい。

都道府県知事の連絡先(電話番号を含む。)

- 7 病院の治療方針に従って療養に専念して下さい。

病 院 名  
管 理 者 の 氏 名  
指 定 医 ・ 特 定 医 師 の 氏 名  
主 治 医 の 氏 名

様式 10

隔離を行うに当たってのお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

平成 年 月 日

- 1 あなたの状態が、下記に該当するため、これから（午前・午後 時 分）隔離をします。
- 2 下記の状態がなくなれば、隔離を解除します。

記

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に悪く影響する状態
- イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している状態
- ウ 他の患者に対する暴行行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない状態
- エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な状態
- オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合
- カ その他（ ）

医師の氏名

様式 11

身体的拘束を行うに当たってのお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

平成 年 月 日

- 1 あなたの状態が、下記に該当するため、これから（午前・午後 時 分）身体的拘束をします。
- 2 下記の状態がなくなれば、身体的拘束を解除します。

記

- ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している状態
- イ 多動又は不穏が顕著である状態
- ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある状態
- エ その他（ ）

精神保健指定医の氏名

様式12

措置入院者の症状消退届

平成 年 月 日

殿

病院名  
所在地  
管理者名

印

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 | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日生   |
|   | 氏名                      | (男・女) |              |      |                      |   |   | (満歳) |
|   | 住所                      | 都道府県  | 郡市区          | 町村区  |                      |   |   |      |
| 措置年月日                                   | 昭和<br>平成 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<br>〔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 ( )    |      |                      |   |   |      |
| 退院後の帰宅先                                 | 1 自宅 ( i 家族と同居、 ii 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                                   |                         |       |              |      |                      |   |   |      |

記載上の留意事項

- 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 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

医療保護入院者の入院届

平成 年 月 日

殿

病院名

所在地

管理者名

印

|   |   |          |                |         |      |                      |   |   |                |
|---|---|----------|----------------|---------|------|----------------------|---|---|----------------|
| 医療保護入院者   | フリガナ  |          |                |         | 生年月日 | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日生<br>(満<br>歳) |
|   | 氏名  | (男・女)    |                |         |      |                      |   |   |                |
|   | 住所  | 都道府県     | 市区             | 町村<br>区 |      |                      |   |   |                |
| 家族等の同意により<br>入院した年月日  | 平成 年 月 日  | 今回の入院年月日 | 昭和 年 月 日<br>平成 |         |      |                      |   |   |                |
|   |   | 入院形態     |                |         |      |                      |   |   |                |
| 第34条による移送の有無  | 有り なし   |          |                |         |      |                      |   |   |                |
| 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<br>〔推定発病年月、精神科<br>受診歴等を記載すること。〕<br><br>(特定医師の診察により<br>入院した場合には特定医<br>師の採った措置の妥当性<br>について記載すること。) | (陳述者氏名 続柄 )   |          |                |         |      |                      |   |   |                |
| 初回入院期間  | 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日<br>(入院形態 )  |          |                |         |      |                      |   |   |                |
| 前回入院期間  | 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日<br>(入院形態 )  |          |                |         |      |                      |   |   |                |
| 初回から前回までの<br>入院回数   | 計 回   |          |                |         |      |                      |   |   |                |
| <現在の精神症状>   | I 意識<br>1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ( )<br>II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)<br>III 記憶<br>1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( )<br>IV 知覚<br>1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( ) |          |                |         |      |                      |   |   |                |

|  |  |     |        |      |      |        |    |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |     |     |  |  |  |  |      |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|-----|--------|------|------|--------|----|---|----|-------|----|--------|---|---|----|----|------|-----|-----|--|--|--|--|------|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>&lt;その他の重要な症状&gt;</p> <p>&lt;問題行動等&gt;</p> <p>&lt;現在の状態像&gt;</p>  | <p>V 思考<br/>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<br/>7 強迫観念 8 その他 ( )</p> <p>VI 感情・情動<br/>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<br/>6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ( )</p> <p>VII 意欲<br/>1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止<br/>6 無為・無関心 7 その他 ( )</p> <p>VIII 自我意識<br/>1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ( )</p> <p>IX 食行動<br/>1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ( )</p> <p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( )<br/>4 その他 ( )</p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( )</p> <p>1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態<br/>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<br/>8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ( )</p>                                       |     |        |      |      |        |    |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |     |     |  |  |  |  |      |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>医療保護入院の必要性</p> <p>〔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。〕</p>                                      |  |     |        |      |      |        |    |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |     |     |  |  |  |  |      |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>入院を必要と認めた精神保健指定医氏名</p>  | <p>署名</p>  |     |        |      |      |        |    |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |     |     |  |  |  |  |      |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>同意をした家族等</p>  | <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">氏名</td> <td>(男・女)</td> <td>続柄</td> <td rowspan="2">生年月日</td> <td>明・大昭・平</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日生</td> </tr> <tr> <td>(男・女)</td> <td>続柄</td> <td>明・大昭・平</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日生</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">住所</td> <td>都道府県</td> <td>郡市区</td> <td colspan="5">町村区</td> </tr> <tr> <td>都道府県</td> <td>郡市区</td> <td colspan="5">町村区</td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <p>1 配偶者 2 父母（親権者である・ない） 3 祖父母等<br/>4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人<br/>7 家庭裁判所が選任した扶養義務者（選任年月日 昭和・平成 年 月 日）<br/>8 市町村長</p> </td> </tr> </table> | 氏名  | (男・女)  | 続柄   | 生年月日 | 明・大昭・平 | 年  | 月 | 日生 | (男・女) | 続柄 | 明・大昭・平 | 年 | 月 | 日生 | 住所 | 都道府県 | 郡市区 | 町村区 |  |  |  |  | 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<br/>4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人<br/>7 家庭裁判所が選任した扶養義務者（選任年月日 昭和・平成 年 月 日）<br/>8 市町村長</p> |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名   | (男・女)  |     | 続柄     | 生年月日 |      | 明・大昭・平 | 年  | 月 | 日生 |       |    |        |   |   |    |    |      |     |     |  |  |  |  |      |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (男・女)  | 続柄  | 明・大昭・平 |      | 年    | 月      | 日生 |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |     |     |  |  |  |  |      |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所   | 都道府県   | 郡市区 | 町村区    |      |      |        |    |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |     |     |  |  |  |  |      |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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<br/>4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人<br/>7 家庭裁判所が選任した扶養義務者（選任年月日 昭和・平成 年 月 日）<br/>8 市町村長</p> |  |     |        |      |      |        |    |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |     |     |  |  |  |  |      |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                |  |
|----------------|--|
| <p>審査会意見</p>   |  |
| <p>都道府県の措置</p> |  |

## 記 載 上 の 留 意 事 項

- 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 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。
- 4 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。
- 5 初回及び前回入院期間の欄は、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か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 入院を必要と認め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。
- 8 家族等の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載すること。
- 9 家族等の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 10 提出に当たっては、推定される医療保護入院による入院期間及び選任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。
- 11 選択肢の欄は、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14

特定医師による医療保護入院者（第33条第1項・第4項又は第33条第3項・第4項）  
の入院届及び記録

平成 年 月 日

殿

病院名

所在地

管理者名

印

|  |   |               |                |         |                      |   |   |                |
|--|---|---------------|----------------|---------|----------------------|---|---|----------------|
| 医療保護入院者                                      | フリガナ  |               |                | 生年月日    | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日生<br>（満<br>歳） |
|  | 氏名  | (男・女)         |                |         |                      |   |   |                |
|  | 住所  | 都道府県          | 都市<br>区        | 町村<br>区 |                      |   |   |                |
| 家族等の同意により<br>入院した年月日                         | 平成 年 月 日<br>(午前・午後 時)   | 今回の入院<br>年月日  | 昭和<br>平成 年 月 日 |         |                      |   |   |                |
|  |   | 入院形態          |                |         |                      |   |   |                |
| 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<br>〔推定発病年月、精神科<br>受診歴等を記載するこ<br>と。〕 | (陳述者氏名 続柄 )   |               |                |         |                      |   |   |                |
| 初回入院期間                                       | 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日<br>(入院形態 )  |               |                |         |                      |   |   |                |
| 前回入院期間                                       | 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日<br>(入院形態 )  |               |                |         |                      |   |   |                |
| 初回から前回までの<br>入院回数                            | 計 回   |               |                |         |                      |   |   |                |
| <現在の精神症状>                                    | I 意識<br>1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ( )<br>II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)<br>III 記憶<br>1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( )<br>IV 知覚<br>1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( ) |               |                |         |                      |   |   |                |

|   |   |    |        |      |      |        |     |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |  |  |     |  |  |     |      |  |  |     |  |  |     |   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|----|--------|------|------|--------|-----|---|----|-------|----|--------|---|---|----|----|------|--|--|-----|--|--|-----|------|--|--|-----|--|--|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>&lt;その他の重要な症状&gt;</p> <p>&lt;問題行動等&gt;</p> <p>&lt;現在の状態像&gt;</p>   | <p>V 思考<br/>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<br/>7 強迫観念 8 その他 ( )</p> <p>VI 感情・情動<br/>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<br/>6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ( )</p> <p>VII 意欲<br/>1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止<br/>6 無為・無関心 7 その他 ( )</p> <p>VIII 自我意識<br/>1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ( )</p> <p>IX 食行動<br/>1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ( )</p> <p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( )<br/>4 その他 ( )</p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( )</p> <p>1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態<br/>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<br/>8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ( )</p>  |    |        |      |      |        |     |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |  |  |     |  |  |     |      |  |  |     |  |  |     |   |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>医療保護入院の必要性</p> <p>〔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。〕</p>                             |   |    |        |      |      |        |     |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |  |  |     |  |  |     |      |  |  |     |  |  |     |   |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>入院を必要と認めた特定医師氏名</p>  | <p>署名</p>   |    |        |      |      |        |     |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |  |  |     |  |  |     |      |  |  |     |  |  |     |   |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>確認した精神保健指定医氏名</p>  | <p>署名</p> <p>診察日時</p> <p>平成 年 月 日<br/>(午前・午後 時)</p>   |    |        |      |      |        |     |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |  |  |     |  |  |     |      |  |  |     |  |  |     |   |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>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</p>  |   |    |        |      |      |        |     |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |  |  |     |  |  |     |      |  |  |     |  |  |     |   |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>同意をした家族等</p>   | <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">氏名</td> <td>(男・女)</td> <td>続柄</td> <td rowspan="2">生年月日</td> <td>明・大昭・平</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日生</td> </tr> <tr> <td>(男・女)</td> <td>続柄</td> <td>明・大昭・平</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日生</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">住所</td> <td colspan="3">都道府県</td> <td colspan="3">郡市区</td> <td>町村区</td> </tr> <tr> <td colspan="3">都道府県</td> <td colspan="3">郡市区</td> <td>町村区</td> </tr> <tr> <td colspan="8">           1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等<br/>           4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人<br/>           7 家庭裁判所が選任した扶養義務者 (選任年月日 昭和・平成 年 月 日)<br/>           8 市町村長         </td> </tr> </table> | 氏名 | (男・女)  | 続柄   | 生年月日 | 明・大昭・平 | 年   | 月 | 日生 | (男・女) | 続柄 | 明・大昭・平 | 年 | 月 | 日生 | 住所 | 都道府県 |  |  | 郡市区 |  |  | 町村区 | 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<br>4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人<br>7 家庭裁判所が選任した扶養義務者 (選任年月日 昭和・平成 年 月 日)<br>8 市町村長 |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名  | (男・女)   |    | 続柄     | 生年月日 |      | 明・大昭・平 | 年   | 月 | 日生 |       |    |        |   |   |    |    |      |  |  |     |  |  |     |      |  |  |     |  |  |     |   |  |  |  |  |  |  |  |
|   | (男・女)   | 続柄 | 明・大昭・平 |      | 年    | 月      | 日生  |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |  |  |     |  |  |     |      |  |  |     |  |  |     |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所  | 都道府県  |    |        | 郡市区  |      |        | 町村区 |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |  |  |     |  |  |     |      |  |  |     |  |  |     |   |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 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<br>4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人<br>7 家庭裁判所が選任した扶養義務者 (選任年月日 昭和・平成 年 月 日)<br>8 市町村長 |   |    |        |      |      |        |     |   |    |       |    |        |   |   |    |    |      |  |  |     |  |  |     |      |  |  |     |  |  |     |   |  |  |  |  |  |  |  |

|                  |  |
|------------------|--|
| <p>事後審査委員会意見</p> |  |
|------------------|--|

## 記 載 上 の 留 意 事 項

- 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 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。
- 5 初回及び前回入院期間の欄は、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か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 入院を必要と認めた特定医師氏名の欄は、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氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 9 家族等の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載すること。
- 10 家族等の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 11 事後審査委員会意見は記録の場合について記載すること。
- 12 選択肢の欄は、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15

医療保護入院者の退院届

平成 年 月 日

殿

病院名

所在地

管理者名

印

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<br>月 日 | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 年 月 日生<br>(満 歳) |
|                    | 氏名                    | (男・女) |              | 都道府県      | 郡市区                  | 町村<br>区         |
|                    | 住所                    |       |              | 都道府県      | 郡市区                  | 町村<br>区         |
| 入院年月日<br>(医療保護入院)  | 昭和 年 月 日<br>平成 年 月 日  |       |              |           |                      |                 |
| 退院年月日              | 平成 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( ) |           |                      |                 |
| 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             | 都道府県                  |       | 郡市区          |           | 町村<br>区              |                 |
| 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              |                       |       |              |           |                      |                 |

記載上の留意事項

- 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 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

応 急 入 院 届

平成 年 月 日

殿

病 院 名

所 在 地

管 理 者 名

印

|   |                    |              |         |         |                      |       |             |
|---|--------------------|--------------|---------|---------|----------------------|-------|-------------|
| 応 急 入 院 者   | フリガナ               |              |         | 生 年 月 日 | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 年 月 日 | 日生<br>(満 歳) |
|   | 氏 名                | (男・女)        |         |         |                      |       |             |
|   | 住 所                | 都道<br>府県     | 郡市<br>区 | 町村<br>区 |                      |       |             |
| 依 頼 を し た 者 の<br>入 院 者 と の 関 係  |                    |              |         |         |                      |       |             |
| 入 院 年 月 日   | 平成 年 月 日 (午前・午後 時) |              |         |         |                      |       |             |
| 第34条による移送の<br>有 無   | 有 り な し            |              |         |         |                      |       |             |
| 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( ) |         |         |                      |       |             |
| 応急入院の必要性<br><br>〔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。〕<br><br>(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。) |                    |              |         |         |                      |       |             |
| 病状または状態像の概要   |                    |              |         |         |                      |       |             |
| 応急入院を採った理由<br><br>〔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精神保健指定医氏名  | 署名                 |              |         |         |                      |       |             |

記 載 上 の 留 意 事 項

- 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氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。

様式17

特定医師による応急入院（第33条の7第2項）届及び記録

平成 年 月 日

殿

病院名  
所在地  
管理者名 印

|  |                     |       |               |     |          |                      |   |   |       |
|--|---------------------|-------|---------------|-----|----------|----------------------|---|---|-------|
| 応急入院者  | フリガナ                |       |               |     | 生年<br>月日 | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日生    |
|  | 氏名                  | (男・女) |               |     |          |                      |   |   | (満 歳) |
|  | 住所                  | 都道府県  | 郡市区           | 町村区 |          |                      |   |   |       |
| 依頼をした者の<br>入院者との関係   |                     |       |               |     |          |                      |   |   |       |
| 入院年月日  | 平成 年 月 日 (午前・午後 時)  |       |               |     |          |                      |   |   |       |
| 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<br><br>〔推定発病年月、精神科<br>受診歴等を記載すること。〕   | ( 陳 述 者 氏 名 続 柄 )   |       |               |     |          |                      |   |   |       |
| 応急入院の必要性<br><br>〔患者自身の病気に対す<br>る理解の程度を含め、任<br>意入院が行われる状態<br>にないと判断した理由に<br>ついて記載すること。〕 |                     |       |               |     |          |                      |   |   |       |
| 初回入院期間   | 昭和・平成 年 月 日 (入院形態 ) |       | 昭和・平成 年 月 日   |     |          |                      |   |   |       |
| 前回入院期間   | 昭和・平成 年 月 日 (入院形態 ) |       | 昭和・平成 年 月 日   |     |          |                      |   |   |       |
| 初回から前回までの<br>入院回数  | 計 回                 |       |               |     |          |                      |   |   |       |

|  |  |
|--|--|
| <p>&lt;現在の精神症状&gt;</p> <p>&lt;その他の重要な症状&gt;</p> <p>&lt;問題行動等&gt;</p> <p>&lt;現在の状態像&gt;</p> | <p>I 意識<br/>1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ( )</p> <p>II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)</p> <p>III 記憶<br/>1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( )</p> <p>IV 知覚<br/>1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( )</p> <p>V 思考<br/>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<br/>7 強迫観念 8 その他 ( )</p> <p>VI 感情・情動<br/>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<br/>6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ( )</p> <p>VII 意欲<br/>1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止<br/>6 無為・無関心 7 その他 ( )</p> <p>VIII 自我意識<br/>1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ( )</p> <p>IX 食行動<br/>1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ( )</p> <p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( )<br/>4 その他 ( )</p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( )</p> <p>1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態<br/>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<br/>8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ( )</p> |
|--|--|

|  |    |      |                       |
|--|----|------|-----------------------|
| <p>応急入院を採った理由</p> <p>〔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。〕</p> |    |      |                       |
| <p>入院を必要と認めた特定医師氏名</p>   | 署名 |      |                       |
| <p>確認した精神保健指定医氏名</p>   | 署名 | 診察日時 | 平成 年 月 日<br>(午前・午後 時) |
| <p>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</p>   |    |      |                       |

|                  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|
| <p>事後審査委員会意見</p> |  |  |  |
|------------------|--|--|--|

## 記 載 上 の 留 意 事 項

- 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 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 初回及び前回入院期間の欄は、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か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 入院を必要と認めた特定医師氏名の欄は、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は記録の場合について記載すること。
- 9 選択肢の欄は、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18

措置入院者の定期病状報告書

平成 年 月 日

殿

病院名

所在地

管理者名

印

|                                       |   |   |               |      |                      |          |   |             |   |
|---------------------------------------|---|---|---------------|------|----------------------|----------|---|-------------|---|
| 措置入院者                                 | フリガナ  |   |               | 生年月日 | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 年        | 月 | 日生<br>(満 歳) |   |
|                                       | 氏名  | (男・女)   |               |      |                      |          |   |             |   |
|                                       | 住所  | 都道府県  | 市区            | 町村区  |                      |          |   |             |   |
| 措置年月日                                 | 昭和<br>平成                                    | 年   | 月             | 日    | 今回の入院年月日             | 昭和<br>平成 | 年 | 月           | 日 |
|                                       |   |   |               |      | 入院形態                 |          |   |             |   |
| 前回の定期報告年月日                            | 平成 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 ( ) |      |                      |          |   |             |   |
| 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。)<br><br>(陳述者氏名 続柄 ) |   |               |      |                      |          |   |             |   |
| 初回入院期間                                | 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日 (入院形態 )           |   |               |      |                      |          |   |             |   |
| 前回入院期間                                | 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日 (入院形態 )           |   |               |      |                      |          |   |             |   |
| 初回から前回までの入院回数                         | 計 回   |   |               |      |                      |          |   |             |   |
| 過去6か月間(措置入院後3か月の場合は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(再発防止への対応含む)                   |   |   |               |      |                      |          |   |             |   |
| 処遇、看護及び指導の現状                          | 隔離  | i 多様 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<br>介助指導<br>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<br>iii 生活指導を要する iv その他 ( ) |               |      |                      |          |   |             |   |



## 記 載 上 の 留 意 事 項

- 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。
- 4 生活歴及び現病歴の欄は、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。
- 5 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。
- 6 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 7 重大な問題行動の欄には、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。
- 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か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 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。
- 10 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。
- 11 選択肢の欄は、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19

医療保護入院者の定期病状報告書

平成 年 月 日

殿

病院名

所在地

管理者名

印

|  |  |       |               |     |                      |          |   |      |   |
|--|--|-------|---------------|-----|----------------------|----------|---|------|---|
| 医療保護入院者                                  | フリガナ   |       |               |     | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 年        | 月 | 日生   |   |
|  | 氏名   | (男・女) |               |     | 年月日                  |          |   | (満歳) |   |
|  | 住所   | 都道府県  | 郡市区           | 町村区 |                      |          |   |      |   |
| 医療保護入院年月日<br>(第33条第1項・第3項による入院)          | 昭和   | 年     | 月             | 日   | 今回の入院年月日             | 昭和<br>平成 | 年 | 月    | 日 |
|  | 平成   |       |               |     | 入院形態                 |          |   |      |   |
| 前回の定期報告年月日                               | 平成 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 ( ) |     |                      |          |   |      |   |
| 生活歴及び現病歴                                 | <p>〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕</p> <p>(陳述者氏名 続柄 )</p> |       |               |     |                      |          |   |      |   |
| 初回入院期間                                   | 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日 (入院形態 )                  |       |               |     |                      |          |   |      |   |
| 前回入院期間                                   | 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 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か月間の外泊の実績                            | 1 不定期的 2 定期的 ( i 月単位 ii 数か月単位 iii 盆や正月) 3 なし       |       |               |     |                      |          |   |      |   |
| 過去12か月間の治療の内容と、その結果及び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り組みについて)   |  |       |               |     |                      |          |   |      |   |

|   |   |
|---|---|
| 退院に向けた取組の状況<br>(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><br><br><その他の重要な症状><br><br><問題行動等><br><br><現在の状態像>                           | I 意識<br>1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ( )<br>II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)<br>III 記憶<br>1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( )<br>IV 知覚<br>1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( )<br>V 思考<br>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<br>7 強迫観念 8 その他 ( )<br>VI 感情・情動<br>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<br>6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ( )<br>VII 意欲<br>1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止<br>6 無為・無関心 7 その他 ( )<br>VIII 自我意識<br>1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ( )<br>IX 食行動<br>1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ( )<br>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( )<br>4 その他 ( )<br>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( )<br>1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態<br>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<br>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   | 平成 年 月 日  |
| 診断した精神保健指定医氏名   | 署名  |

|         |  |
|---------|--|
| 審査会意見   |  |
| 都道府県の措置 |  |

## 記 載 上 の 留 意 事 項

- 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。
- 4 生活歴及び現病歴の欄は、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。
- 5 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。
- 6 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 7 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、「過去12か月間の治療の内容と、その結果及び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。
- 8 「退院に向けた取組の状況」の欄については、
  - 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状況等について記載することとし、③については、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結果記録の写しを添付した上で、その旨同欄に明記すること。
- 9 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か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。
- 10 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。
- 11 選択肢の欄は、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20

任意入院患者の定期病状報告書

平成 年 月 日

殿

病院名  
所在地  
管理者名

印

|   |  |       |               |      |                      |    |   |                |   |
|---|--|-------|---------------|------|----------------------|----|---|----------------|---|
| 任意入院患者  | フリガナ   |       |               | 生年月日 | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 年  | 月 | 日生<br>(満<br>歳) |   |
|   | 氏名   | (男・女) |               |      |                      |    |   |                |   |
|   | 住所   | 都道府県  | 郡市区           | 町村区  |                      |    |   |                |   |
| 任意入院年月日<br>(第20条による入院)                            | 昭和   | 年     | 月             | 日    | 今回の入院年月日             | 昭和 | 年 | 月              | 日 |
|   | 平成   |       |               |      | 入院形態                 |    |   |                |   |
| 前回の定期報告年月   | 平成 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 ( ) |      |                      |    |   |                |   |
| 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。<br>(陳述者氏名 続柄 )       |       |               |      |                      |    |   |                |   |
| 初回入院期間  | 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日 (入院形態 )            |       |               |      |                      |    |   |                |   |
| 前回入院期間  | 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 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か月間の外泊の実績                                     | 1 不定期的 2 定期的 ( i 月単位 ii 数か月単位 iii 盆や正月) 3 なし |       |               |      |                      |    |   |                |   |
| 過去12か月間の治療の内容とその結果 (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) |  |       |               |      |                      |    |   |                |   |

|  |   |
|--|---|
| 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<br>(通院へ変更ができない理由について具体的に説明すること) |   |
| 今後の退院へ向けた<br>取 り 組 み                       |   |
| <現在の精神症状>                                  | I 意識<br>1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ( )<br>II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)<br>III 記憶<br>1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( )<br>IV 知覚<br>1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( )<br>V 思考<br>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<br>7 強迫観念 8 その他 ( )<br>VI 感情・情動<br>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<br>6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ( )<br>VII 意欲<br>1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止<br>6 無為・無関心 7 その他 ( )<br>VIII 自我意識<br>1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ( )<br>IX 食行動<br>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 ( )<br>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<br>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<br>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                                | 平成 年 月 日  |
| 診断した主治医氏名                                  | 署名  |

|               |  |
|---------------|--|
| 審 査 会 意 見     |  |
| 都 道 府 県 の 措 置 |  |

## 記 載 上 の 留 意 事 項

- 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。
- 4 生活歴及び現病歴の欄は、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。
- 5 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。
- 6 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 7 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。
- 8 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。
- 9 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か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。
- 10 診断した主治医氏名の欄は、主治医自身が署名すること。
- 11 選択肢の欄は、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21

措置入院に関する診断書

|  |  |                                  |                         |
|--|--|----------------------------------|-------------------------|
| 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）<br>iii 検察官通報（第24条）    iv 保護観察所長通報（第25条）<br>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）<br>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）<br>viii 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                                 | i あり    ii なし  |                                  |                         |
| 被診察者<br>（精神障害者）                          | フリガナ   |                                  | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成    |
|  | 氏名   | (男・女)                            | 年 月 日 生<br>日 生<br>(満 歳) |
|  | 住所   | 都道府県 市区                          | 町村<br>区                 |
|  | 職業   |                                  |                         |
| 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<br><br>〔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                                   | 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日<br>(入院形態 )   |                                  |                         |
| 前回入院期間                                   | 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日<br>(入院形態 )   |                                  |                         |
| 初回から前回までの入院回数                            | 計 回  |                                  |                         |
| 重大な問題行動（Aはこれまでの、Bは今後おそれある問題行動）           | 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（該当のローマ数字及び算用数字を○で囲むこと。）   |                                  |                         |
| 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（軽度障害、中等度障害、重度障害）           |                         |
| 5 強制わいせつ                                 | A B  | III 記憶                           |                         |
| 6 傷害                                     | A B  | 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( )    |                         |
| 7 暴行                                     | A B  | IV 知覚                            |                         |
| 8 恐喝                                     | A B  | 1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( )              |                         |
| 9 脅迫                                     | A B  | V 思考                             |                         |
| 10 窃盗                                    | 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 |                         |
| 11 器物損壊                                  | A B  | 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ( )          |                         |
| 12 弄火又は失火                                | A B  | VI 感情・情動                         |                         |
| 13 家宅侵入                                  | A B  | 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁    |                         |
| 14 詐欺等の経済的な問題行動                          | A B  | 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 ( )               |                         |
|  | 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 ( )    |                         |

|                 |  |
|-----------------|--|
|                 | IX 食行動<br>1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ( )<br><br><その他の重要な症状><br>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( )<br>4 その他 ( )<br><br><問題行動等><br>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( )<br><br><現在の状態像><br>1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態<br>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<br>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  |
| 以上のように診断する。     | 平成 年 月 日<br><br>精神保健指定医氏名<br><br>署名  |

|                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| (行政庁における記載欄)                  |                      |
| 診 察 に 立 会 っ た 者<br>(親権者、配偶者等) | 氏名 (男・女) 続柄又は職業 年齢 歳 |
| 診 察 場 所                       |                      |
| 診 察 日 時                       | 平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分   |
| 職 員 氏 名                       |                      |
| 行 政 庁 の 措 置                   |                      |
| 行 政 庁 メ モ                     |                      |

## 記 載 上 の 留 意 事 項

- 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 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。
- 3 初回及び前回入院期間の欄は、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 重大な問題行動の欄には、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。
- 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か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 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 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。
- 8 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

別添様式 1

医療保護入院者退院支援委員会の開催のお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

平成 年 月 日

1. あなたの入院時に入院診療計画書で説明をした推定される入院期間が、平成 年 月 日に経過するため、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第 15 条の 6 に基づき、医療保護入院者退院支援委員会（以下「委員会」という。）を平成 年 月 日に で開催いたします。
2. 委員会では、①入院継続の必要性、②入院継続が必要な場合、更に入院が必要と推定される入院期間、③今後の退院に向けた取組、について審議を行います。
3. 委員会には、主治医、看護職員、退院後生活環境相談員その他のあなたの診療に関わる方が出席するほか、あなた自身も出席することができます。出席を希望する場合は、あなたを担当する退院後生活環境相談員に伝えて下さい。なお、あなたが出席をしない場合も、委員会の審議の結果はお知らせいたします。
4. また、①あなたのご家族、②後見人又は保佐人がいる場合は後見人又は保佐人の方、③あなたが退院後の生活について相談している地域援助事業者の方や入院前に通っていた診療所の方等のあなたの地域での暮らしに関わる方に、委員会への出席の要請をすることができますので、委員会への出席の要請を希望する場合は、退院後生活環境相談員に伝えて下さい。ただし、要請を行った場合でも、都合がつかない等の事情により出席できない場合もあります。その場合、出席できなかった方には、審議後にその結果をお知らせします。
5. 御不明な点などがありましたら、あなたを担当する退院後生活環境相談員にお尋ね下さい。

病院名  
管理者の氏名  
退院後生活環境相談員の氏名

医療保護入院者退院支援委員会審議記録

委員会開催年月日 年 月 日

|                           |   |      |                |       |
|---------------------------|---|------|----------------|-------|
| 患者氏名                      |   | 生年月日 | 大正<br>昭和<br>平成 | 年 月 日 |
| 住所                        |   |      |                |       |
| 担当退院後生活環境相談員の氏名           |   |      |                |       |
| 入院年月日<br>(医療保護入院)         |   |      |                |       |
| 出席者                       | 主治医 ( )、主治医以外の医師 ( )<br>看護職員 ( )<br>担当退院後生活環境相談員 ( )<br>本人 (出席・欠席)、家族 ( (続柄) )<br>その他 ( ) |      |                |       |
| 入院診療計画書に記載した<br>推定される入院期間 |   |      |                |       |
| 本人及び家族の意見                 |   |      |                |       |
| 入院継続の必要性                  | 有 ・ 無   |      |                |       |
| 入院継続が必要である場合              | 理由  |      |                |       |
|                           | 推定される入院期間   |      |                |       |
| 退院に向けた取組                  |   |      |                |       |
| その他                       |   |      |                |       |

[病院管理者の署名 : ]

[記録者の署名 : ]

別添様式3

医療保護入院者退院支援委員会の結果のお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

平成 年 月 日

医療保護入院者退院支援委員会での審議の結果について下記のとおりお知らせいたします。

記

1. 開催日時 平成 年 月 日 ( ) : ~ :

2. 出席者 主治医 ( )、主治医以外の医師 ( )  
看護職員 ( )  
担当退院後生活環境相談員 ( )  
本人 (出席・欠席)、家族 ( (続柄) )  
その他 ( )

3. 入院継続の必要性 ( 有 ・ 無 )  
【有りの場合のその理由】

( )

4. 今後の推定される入院期間 ( )

5. 今後の退院に向けた取組

( )

病院名  
管理者の氏名  
退院後生活環境相談員の氏名

様式 1

年 月 日

医療保護入院同意依頼書

市町村長 殿

病 院 名

所 在 地

病院管理者氏名

印

下記の者について、医療及び保護のために入院の必要があると認められましたが、他に家族等がないため、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 33 条第 3 項により貴職による同意をお願い致します。

記

居住地（又は現在地）

氏名

生年月日・性別

本籍地

病状

診察した指定医の氏名

家族構成及び連絡先

その他参考となる事項

（過去の入院歴等参考となる事項があれば記載する。）

様式 2

医療保護入院同意依頼聴取票

|  |  |
|--|--|
| 入院する病院の名称・所在地  |  |
| 患者の居住地（又は現在地）  |  |
| 患者の氏名  |  |
| 患者の生年月日・性別   |  |
| 患者の本籍地<br>(外国人の場合は国名)                                    |  |
| 患者の症状<br>(該当症状に丸をつける)<br>(注)昭和 63 年厚生省告示第<br>125 号を参照のこと | ① 抑うつ状態                      ④ 知能障害<br>② 躁状態                            ⑤ 意識障害<br>③ 幻覚妄想状態                  ⑥ その他 (                      ) |
| 診察した指定医の氏名   |  |
| 患者の家族構成及び連絡先<br>(いない場合は「なし」、行方<br>不明の場合は「不明」と記入す<br>ること) | 配偶者<br>父 母<br>子<br><br>兄弟姉妹<br><br>祖父母又は孫<br>その他の親族(おじ・おば、おい・めい等)  |
| その他参考となる事項<br>(過去の入院歴等参考となる<br>事項があれば記載する)               |  |

以上のように聴取した。

聴取日                      年    月    日  
 聴取者名

様式 3

同 意 書

年 月 日

病院管理者 殿

市町村長 

下記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。

記

居 住 地 (又は現在地)

氏 名

生年月日

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<br>氏 名 |                |
| 生年月日        | 大正・昭和・平成 年 月 日 |

2. 医療保護入院の同意者の申告事項

|   |                |                |
|---|----------------|----------------|
| 住 所   | 〒              | 〒              |
| フリガナ<br>氏 名   |                |                |
| 生年月日  | 大正・昭和・平成 年 月 日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 |
| 本人との関係  |                |                |
| <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<br/>         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（ ）<br/>         （選任年月日 昭和・平成 年 月 日）</p> <p>なお、以下のいずれにも該当しないことを申し添えます。</p> <p>①本人と訴訟をした者、本人と訴訟をした者の配偶者又は直系血族、②家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人、補助人、③成年被後見人又は被保佐人、④未成年者</p> |                |                |

※親権者が両親の場合は、両親とも署名の上記載して下さい。

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。

病院管理者 殿

年 月 日

〇〇 〇〇 印

〔 〇〇 〇〇 印 〕

(様式 1)

平成 年 月 日

知事 殿

病 院 名

所 在 地

開 設 者 名

印

特例措置を採ることができる応急入院指定病院指定申請書

今般下記の精神科病院につき、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 33 条の 7 第 2 項後段の規定による特例措置を採ることができる精神科病院として同条第 1 項の規定に基づき指定されるよう、精神科病院の概要を添えて申請します。

記

申請する精神科病院の概要

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| ① 精神科病院名     |                       |
| ② 所在地        |                       |
| ③ 開設者名       |                       |
| ④ 管理者名       |                       |
| ⑤ 許可病床数      | (総 数) 床<br>(うち精神病床) 床 |
| ⑥ うち措置指定病床数  | 床                     |
| ⑦ 勤務医師数      | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |
| ⑧ うち精神保健指定医数 | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |
| ⑨ うち特定医師数    | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |

|                    |  |
|--------------------|--|
| ⑩ 勤務看護師数           | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人   |
| ⑪ 勤務准看護師数          | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人   |
| ⑫ 勤務看護補助者数         | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人   |
| ⑬ 勤務精神保健福祉士数       | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人   |
| ⑭ 看護体制             | (1) 看護師及び准看護師の合計<br>( 人)<br>(2) 入院患者に対する上記 (1) の人員の比率<br>( 対1) |
| ⑮ 入院患者数            | 人<br>(平成 年 月 日現在)  |
| ⑯ うち措置入院者数         | 人  |
| ⑰ うち医療保護入院者数       | 人  |
| ⑱ 応急入院者のために確保する病床数 | 床  |
| ⑲ 応急入院指定病院         | 指定 (されている・されていない)  |
| ⑳ 精神科救急医療施設        | 精神科救急医療施設 (である・ではない)   |
| ㉑ 夜間・救急受入件数        | 年間約 件  |
| ㉒ 事後審査委員会          | 氏名 (職種)<br>・<br>・<br>・   |

|              |   |
|--------------|---|
|              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> </ul>  |
| ㉓ 行動制限最小化委員会 | 開催回数（        ）回／月<br>参加メンバー                      （職種） <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul> |
|              | 行動制限最小化基本指針の作成日時<br>平成      年      月      日作成   |
|              | 研修会の実施頻度<br>開催回数（        ）回／年   |
| ㉔ 特記事項       |   |

- (注) 1 特定医師に該当するか否かを証する書類については、様式2を添付すること。
- 2 ㉔看護体制については、当該特例措置による患者を受け入れる病棟について記述すること。
- 3 「㉓行動制限最小化委員会」中「行動制限最小化基本指針」とは、行動制限につ

いての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針をいうものであること。

- 4 「㉓行動制限最小化委員会」中「研修会」とは、当該精神科病院における精神科診療に携わる職員すべてを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会をいうものであること。
- 5 指定基準の第2号ただし書き中「やむを得ない事情」による指定の場合は、「㉔特記事項」の欄に、その旨を記載すること。

(様式2)

## 特定医師実務経験証明書（本人用）

平成 年 月 日

|   |               |                 |                     |       |     |  |
|---|---------------|-----------------|---------------------|-------|-----|--|
| 氏 名                                     | Ⓜ             | 本籍地             |                     |       |     |  |
| 現 住 所                                   |               |                 |                     |       |     |  |
| 生年月日                                    | 年 月 日         | 年 齡             | 歳                   | 性別    | 男・女 |  |
| 最終学歴<br>及び年月                            | 年 月 卒業・中退     | 医籍登録年月日<br>及び番号 | 第                   | 年 月 日 | 号   |  |
| 現 在 の<br>勤 務 先                          | 所在地           |                 |                     |       |     |  |
|   | 名 称           |                 |                     |       |     |  |
| 精神障害者<br>の診断治療<br>に従事した<br>期間及び病<br>院等名 | 従 事 し た 期 間   |                 | 従 事 し た 病 院 等 の 名 称 |       |     |  |
|   | 年 月 日 ～ 年 月 日 |                 |                     |       |     |  |
|   | 年 月 日 ～ 年 月 日 |                 |                     |       |     |  |
|   | 年 月 日 ～ 年 月 日 |                 |                     |       |     |  |
|   | 年 月 日 ～ 年 月 日 |                 |                     |       |     |  |
|   | 年 月 日 ～ 年 月 日 |                 |                     |       |     |  |
|   | 計 年 ヶ月        |                 |                     |       |     |  |
| その他の診<br>断治療に従<br>事した期間<br>及び病院等<br>名   | 従 事 し た 期 間   |                 | 従 事 し た 病 院 等 の 名 称 |       |     |  |
|   | 年 月 日 ～ 年 月 日 |                 |                     |       |     |  |
|   | 年 月 日 ～ 年 月 日 |                 |                     |       |     |  |
|   | 年 月 日 ～ 年 月 日 |                 |                     |       |     |  |
|   | 計 年 ヶ月        |                 |                     |       |     |  |
| 合 計                                     |               | 年 ヶ月            |                     |       |     |  |

(注) 記載上の留意事項

1. 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

(様式 3)

番 号  
平成 年 月 日

○ ○ ○ ○ 病院長 殿

(都道府県知事名)

特例措置を採ることができる応急入院指定病院指定書

今般下記の精神科病院につき、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 33 条の 7 第 1 項の規定に基づき同条第 2 項後段の規定による特例措置を採ることができる精神科病院として指定する。

なお、本条の特例措置を採る特定医師については、別添のとおりとする。

記

|          |          |
|----------|----------|
| ① 精神科病院名 |          |
| ② 指定年月日  | 平成 年 月 日 |
| ③ 所在地    |          |
| ④ 開設者名   |          |

(様式 4)

番 号  
平成 年 月 日

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長 殿

(都道府県知事名)

応急入院指定病院指定報告書

今般下記の精神科病院につき、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 33 条の 7 第 1 項の規定に基づき指定を行ったので、指定した精神科病院の概要を添えて報告します。

記

指定した精神科病院の概要

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| ① 精神科病院名     |                       |
| ② 所在地        |                       |
| ③ 開設者名       |                       |
| ④ 管理者名       |                       |
| ⑤ 許可病床数      | (総 数) 床<br>(うち精神病床) 床 |
| ⑥ うち措置指定病床数  | 床                     |
| ⑦ 勤務医師数      | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |
| ⑧ うち精神保健指定医数 | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |
| ⑨ うち特定医師数    | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |
| ⑩ 勤務看護師数     | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |
| ⑪ 勤務准看護師数    | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |

(様式 5)

番 号  
平成 年 月 日

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長 殿

(都道府県知事名)

応急入院指定病院指定取消報告書

今般下記の精神科病院につき、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 33 条の 7 第 6 項の規定に基づき指定の取消しを行ったので報告します。

記

|          |          |
|----------|----------|
| ① 精神科病院名 |          |
| ② 取消年月日  | 平成 年 月 日 |
| ③ 取消の理由  |          |
| ④ 摘 要    |          |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| ⑫ 勤務看護補助者数              | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人  |
| ⑬ 勤務精神保健福祉士数            | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人  |
| ⑭ 看 護 体 制               | (1) 看護師及び准看護師の合計<br>( 人)<br>(2) 入院患者に対する上記 (1) の人員の比率<br>( 対 1) |
| ⑮ 入院患者数                 | 人<br>(平成 年 月 日現在)   |
| ⑯ うち措置入院者数              | 人   |
| ⑰ うち医療保護入院者数            | 人   |
| ⑱ 応急入院者のために確保する病床数      | 床   |
| ⑲ 特例措置を採るための精神科病院としての指定 | 指定 (されている・されていない)   |
| ⑳ 精神科救急医療施設             | 精神科救急医療施設 (である・ではない)  |
| ㉑ 夜間・救急受入件数             | 年間約 件   |
| ㉒ 事後審査委員会               | 氏名 (職種)<br>.<br>.<br>.<br>.                                     |

|              |  |
|--------------|--|
|              | <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>  |
| ㉓ 行動制限最小化委員会 | 開催回数 (        ) 回/月<br>参加メンバー                      (職種)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul> |
|              | 行動制限最小化基本指針の作成日時<br>平成     年     月     日作成   |
|              | 研修会の実施頻度<br>開催回数 (        ) 回/年  |
| ㉔ 指定年月日      | 平成     年     月     日   |
| ㉕ 特記事項       |  |

- (注) 1 1病院につき1表を作成すること。
- 2 ⑨、⑱～㉓は特例措置を採る精神科病院のみ記載すること。
- 3 ⑭看護体制については、当該特例措置による患者を受け入れる病棟について記述すること。
- 4 「㉓行動制限最小化委員会」中「行動制限最小化基本指針」とは、行動制限に

についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針をいうものであること。

5 「㉓行動制限最小化委員会」中「研修会」とは、当該精神科病院における精神科診療に携わる職員すべてを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会をいうものであること。

6 指定基準の第 2 号ただし書き中「やむを得ない事情」による指定の場合は、「㉔特記事項」の欄に、その旨を記載すること。

(様式 6)

番 号  
平成 年 月 日

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長 殿

(都道府県知事名)

特例措置を採ることができる応急入院指定病院の基準を満たさなくなったこと  
についての報告書

今般下記の精神科病院につき、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 33 条の 7 第 2 項後段の規定による特例措置を採るための基準を満たさ  
なくなったので報告します。

記

|                      |          |
|----------------------|----------|
| ① 精神科病院名             |          |
| ② 基準を満たさな<br>くなった年月日 | 平成 年 月 日 |
| ③ 基準を満たさな<br>くなった事項  |          |
| ④ 摘 要                |          |

(様式 1)

平成 年 月 日

知事 殿

病 院 名

所 在 地

開 設 者 名

印

特定病院認定申請書

今般下記の精神科病院につき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 21 第 4 項後段及び第 33 条第 4 項後段の規定による特例措置を採ることができる精神科病院として認定されるよう、精神科病院の概要を添えて申請します。

記

申請する精神科病院の概要

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| ① 精神科病院名     |                       |
| ② 所在地        |                       |
| ③ 開設者名       |                       |
| ④ 管理者名       |                       |
| ⑤ 許可病床数      | (総 数) 床<br>(うち精神病床) 床 |
| ⑥ うち措置指定病床数  | 床                     |
| ⑦ 勤務医師数      | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |
| ⑧ うち精神保健指定医数 | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |
| ⑨ うち特定医師数    | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |
| ⑩ 勤務看護師数     | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| ⑪ 勤務准看護師数               | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人  |
| ⑫ 勤務看護補助者数              | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人  |
| ⑬ 勤務精神保健福祉士数            | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人  |
| ⑭ 看護体制                  | (1) 看護師及び准看護師の合計<br>( ) 人<br>(2) 入院患者に対する上記 (1) の人員の比率<br>( 対 1 ) |
| ⑮ 入院患者数                 | 人<br>(平成 年 月 日現在)   |
| ⑯ うち措置入院者数              | 人   |
| ⑰ うち医療保護入院者数            | 人   |
| ⑱ 特例措置による入院者のために確保する病床数 | 床   |
| ⑲ 応急入院指定病院              | 指定 (されている・されていない)   |
| ⑳ 精神科救急医療施設             | 精神科救急医療施設 (である・ではない)  |
| ㉑ 夜間・救急受入件数             | 年間約 件   |
| ㉒ 事後審査委員会               | 氏名 (職種)<br>.<br>.<br>.<br>.<br>.                                  |

|                     |  |
|---------------------|--|
|                     |  |
| <p>㉓ 行動制限最小化委員会</p> | <p>開催回数（        ）回／月</p> <p>参加メンバー                      （職種）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul> <p>行動制限最小化基本指針の作成日時</p> <p>平成      年      月      日作成</p> <p>研修会の実施頻度</p> <p>開催回数（        ）回／年</p> |
| <p>㉔ 特記事項</p>       |  |

- (注) 1 特定医師に該当するか否かを証する書類については、様式2を添付すること。
- 2 ㉔看護体制については、当該特例措置による患者を受け入れる病棟について記述すること。

- 3 看護配置について、応急入院指定病院に係る指定基準第2号ただし書き中「やむを得ない事情」と同様の事情により申請する場合は、「㊸特記事項」の欄に、その旨を記載すること。
- 4 「㊸行動制限最小化委員会」中「行動制限最小化基本指針」とは、行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針をいうものであること。
- 5 「㊸行動制限最小化委員会」中「研修会」とは、当該精神科病院における精神科診療に携わる職員すべてを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会をいうものであること。

(様式2)

## 特定医師実務経験証明書（本人用）

平成 年 月 日

|                         |               |             |   |       |     |  |
|-------------------------|---------------|-------------|---|-------|-----|--|
| 氏名                      | ⑩             | 本籍地         |   |       |     |  |
| 現住所                     |               |             |   |       |     |  |
| 生年月日                    | 年 月 日         | 年齢          | 歳 | 性別    | 男・女 |  |
| 最終学歴及び年月                | 年 月 卒業・中退     | 医籍登録年月日及び番号 | 第 | 年 月 日 | 号   |  |
| 現在の勤務先                  | 所在地           |             |   |       |     |  |
|                         | 名称            |             |   |       |     |  |
| 精神障害者の診断治療に従事した期間及び病院等名 | 従事した期間        | 従事した病院等の名称  |   |       |     |  |
|                         | 年 月 日 ~ 年 月 日 |             |   |       |     |  |
|                         | 年 月 日 ~ 年 月 日 |             |   |       |     |  |
|                         | 年 月 日 ~ 年 月 日 |             |   |       |     |  |
|                         | 年 月 日 ~ 年 月 日 |             |   |       |     |  |
|                         | 年 月 日 ~ 年 月 日 |             |   |       |     |  |
|                         | 計             | 年 ヶ月        |   |       |     |  |
| その他の診断治療に従事した期間及び病院等名   | 従事した期間        | 従事した病院等の名称  |   |       |     |  |
|                         | 年 月 日 ~ 年 月 日 |             |   |       |     |  |
|                         | 年 月 日 ~ 年 月 日 |             |   |       |     |  |
|                         | 年 月 日 ~ 年 月 日 |             |   |       |     |  |
|                         | 計             | 年 ヶ月        |   |       |     |  |
| 合計                      |               | 年 ヶ月        |   |       |     |  |

(注) 記載上の留意事項

1. 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

(様式 3)

番 号  
平成 年 月 日

〇 〇 〇 〇 病院長 殿

(都道府県知事名)

特定病院認定書

今般下記の精神科病院につき、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 21 第 4 項後段及び第 33 条第 4 項後段の規定による特例措置を採ることができる精神科病院として認定する。

なお、本条の特例措置を採る特定医師については、別添のとおりとする。

記

|          |          |
|----------|----------|
| ① 精神科病院名 |          |
| ② 認定年月日  | 平成 年 月 日 |
| ③ 所在地    |          |
| ④ 開設者名   |          |

(別添)

### 特 定 医 師 一 覧 表

| 特 | 定 | 医 | 師 | 氏 | 名 |
|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

注) 記載事項に変更があった時は、届け出ること。

(様式 4)

番 号  
平成 年 月 日

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長 殿

(都道府県知事名)

特定病院認定報告書

今般下記の精神科病院につき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 21 第 4 項後段及び第 33 条第 4 項後段の規定による特例措置を採ることができる精神科病院として認定を行ったので、認定した精神科病院の概要を添えて報告します。

記

認定した精神科病院の概要

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| ① 精神科病院名     |                       |
| ② 所在地        |                       |
| ③ 開設者名       |                       |
| ④ 管理者名       |                       |
| ⑤ 許可病床数      | (総 数) 床<br>(うち精神病床) 床 |
| ⑥ うち措置指定病床数  | 床                     |
| ⑦ 勤務医師数      | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |
| ⑧ うち精神保健指定医数 | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |
| ⑨ うち特定医師数    | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |
| ⑩ 勤務看護師数     | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人    |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| ⑪ 勤務准看護師数               | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人  |
| ⑫ 勤務看護補助者数              | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人  |
| ⑬ 勤務精神保健福祉士数            | (常 勤) 人<br>(非常勤) 人  |
| ⑭ 看護体制                  | (1) 看護師及び准看護師の合計<br>( ) 人<br>(2) 入院患者に対する上記 (1) の人員の比率<br>( 対 1 ) |
| ⑮ 入院患者数                 | 人<br>(平成 年 月 日現在)   |
| ⑯ うち措置入院者数              | 人   |
| ⑰ うち医療保護入院者数            | 人   |
| ⑱ 特例措置による入院者のために確保する病床数 | 床   |
| ⑲ 応急入院指定病院              | 指定 (されている・されていない)   |
| ⑳ 精神科救急医療施設             | 精神科救急医療施設 (である・ではない)  |
| ㉑ 夜間・救急受入件数             | 年間約 件   |
| ㉒ 事後審査委員会               | 氏名 (職種)<br>.<br>.<br>.<br>.<br>.                                  |

|                     |   |
|---------------------|---|
|                     |   |
| <p>㉓ 行動制限最小化委員会</p> | <p>開催回数（        ）回／月</p> <p>参加メンバー                      （職種）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul> <hr/> <p>行動制限最小化基本指針の作成日時</p> <p>平成     年     月     日作成</p> <hr/> <p>研修会の実施頻度</p> <p>開催回数（        ）回／年</p> |
| <p>㉔ 認定年月日</p>      | <p>平成     年     月     日</p>   |
| <p>㉕ 特記事項</p>       |   |

- (注) 1 1病院につき1表を作成すること。
- 2 ㉔看護体制については、当該特例措置による患者を受け入れる病棟について記述すること。
- 3 看護配置について、応急入院指定病院に係る指定基準第2号ただし書き中「や

むを得ない事情」による認定の場合は、「㊟特記事項」の欄に、その旨を記載すること。

- 4 「㊟行動制限最小化委員会」中「行動制限最小化基本指針」とは、行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針をいうものであること。
- 5 「㊟行動制限最小化委員会」中「研修会」とは、当該精神科病院における精神科診療に携わる職員すべてを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会をいうものであること。

(様式 5)

番 号  
平成 年 月 日

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長 殿

(都道府県知事名)

特定病院認定取消報告書

今般下記の精神科病院につき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 21 第 4 項後段及び第 33 条第 4 項後段の規定による特例措置を採ることができる精神科病院としての認定を取消したので報告します。

記

|          |          |
|----------|----------|
| ① 精神科病院名 |          |
| ② 取消年月日  | 平成 年 月 日 |
| ③ 取消の理由  |          |
| ④ 摘 要    |          |