

(様式第1号)

年 月 日

医療保護入院同意依頼書

(あて先) 千葉市長

病 院 名  
所 在 地  
病院管理者氏名

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2項により貴職による同意  
をお願いします。

記

|                                             |       |    |       |
|---------------------------------------------|-------|----|-------|
| 居住地（又は現在地）                                  |       |    |       |
| 氏 名                                         |       |    |       |
| 生 年 月 日                                     | 年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 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<br>(過去の入院歴等)                     |       |    |       |
| 以下、患者に対する家族等からの虐待等が疑われる等の場合に記載              |       |    |       |
| 患者に対する虐待・DV等に係る<br>家族等の氏名                   |       |    |       |
| 患者への虐待・DV等が疑われる場合、<br>通報状況（通報内容、通報窓口の連絡先）   |       |    |       |
| 患者が一時保護等の措置を受けている場合、<br>その内容と保護先の施設担当者等の連絡先 |       |    |       |
| 患者からの、DV等支援措置の適用に係る<br>申し出の有無               |       |    |       |

(様式第 2 号)

年 月 日

(あて先) 千 葉 市 長

通知者 氏名  
住所

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 3 3 条第 2 項の規定による  
医療保護入院の同意終了について (報告)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 3 3 条第 2 項の規定による医療保護  
入院の同意について、下記のとおり市長同意を終了したので届け出ます。

記

|                   |      |            |
|-------------------|------|------------|
| 精神<br>障<br>害<br>者 | 氏 名  |            |
|                   | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳) |
|                   | 住 所  |            |
| 市長同意開始年月日         |      | 年 月 日      |
| 市長同意終了年月日         |      | 年 月 日      |
| 終了事由              |      |            |
| 備 考               |      |            |

(様式第3号)

任 意 入 院 同 意 書

年 月 日

様

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。

(様式第4号)

任意入院に際してのお知らせ

様

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、手紙やはがきを受け取ったり出したりすることは制限なく行うことができます。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員と一緒に、あなたに開封してもらい、その異物は病院で扱うことがあります。
- 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 入院中、あなたの病状が良くなるように力を尽くしてまいります。もしも入院中の治療や生活について不明な点、納得のいかない点がありましたら、速慮なく病院の職員にお話してください。
- 8 それでも入院や入院生活に納得のいかない場合には、あなた又はあなたのご家族等は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、千葉市長に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか下記にお問い合わせ下さい。

〒261-0003 千葉市美浜区高浜2-1-16

千葉市こころの健康センター

TEL 043-204-1535

病 院 名

管理者の氏名

主治医の氏名

(様式第5号)

## 入院継続に際してのお知らせ

様

年 月 日

### 【任意入院中の退院制限について】

任意入院中の退院制限とは、任意入院者から退院の申し出があった際、精神保健指定医又は特定医師による診察の結果、当該任意入院者の医療及び保護のため入院を継続する必要があると判定された方について、72時間以内に限り入院を継続いただく制度です。

あなたから退院の申し出がありましたが、(精神保健指定医・特定医師)の診察の結果、以下の理由・目的により入院が必要であると認められたため、年 月 日(午前・午後 時)、入院継続となりました。

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21条(①第3項、②第4項後段)の規定による任意入院中の退院制限によるものです。

### 【入院理由について】

1. あなたは、診察の結果、以下の状態にあると判定されました。
  - ① 幻覚妄想状態(幻覚や妄想があり、それらを現実と区別することが難しい)
  - ② 精神運動興奮状態(欲動や意志が昂ぶり、興奮しやすく、自分で抑えることが難しい)
  - ③ 昏迷状態(意志発動性の強い抑制や、著しい混乱により、外界への応答が難しい)
  - ④ 抑うつ状態(気分の落ち込みや悲観的な考え、興味や喜びの消失などが続いている)
  - ⑤ 躁状態(気分の高揚や著しい活発さ、苛立ち等が続いている)
  - ⑥ せん妄、もうろう状態(意識障害により覚醒水準が低下している)
  - ⑦ 認知症状態(認知機能が低下し、日常全般に支障を来している)
  - ⑧ 統合失調症等残遺状態(障害により日常生活動作、社会的判断・機能逆行が難しい)
  - ⑨ その他( )
2. あなたは、以下の理由により入院されました。
  - ☐ 外来への通院等においては、十分な治療ができないことから、手厚い医療を提供するため、入院の必要性があります
  - ☐ あなたの安全を確保しながら診断や治療を行うため、入院の必要性があります
  - ☐ その他( )

裏面に続く

【入院中の生活について】

1. あなたの入院中、手紙やはがきを受け取ったり出したりすることは制限なく行うことができます。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員と一緒に、あなたに開封してもらい、その異物は病院で扱うことがあります。
2. あなたの入院中、以下の人との電話・面会については制限なく行うことができます。
  - ① 人権に関係する行政機関の職員（都道府県庁・指定都市の職員など）
  - ② あなたの代理人の弁護士や、あなた又はあなたのご家族等の希望によりあなたの代理人となろうとする弁護士それら以外の人との電話・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。
4. あなたの入院期間については、一定期間ごとに入院の必要性について確認を行います。
5. 入院中、あなたの病状が良くなるように力を尽くしてまいります。もしも入院中の治療や生活について不明な点、納得のいかない点がありましたら、速慮なく病院の職員にお話してください。
6. それでも入院や入院生活に納得のいかない場合には、あなた又はあなたのご家族等は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、千葉市長に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか下記にお問い合わせ下さい。

〒261-0003 千葉市美浜区高浜2-1-16

千葉市こころの健康センター

TEL 043-204-1535

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

(様式第6号)

開放処遇の制限を行うに当たってのお知らせ

様

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

(様式第7号)

## 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療 (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                                                                                                                                                                                                              |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                       | 氏名                                                                                                                                                                                                                | (男・女)                                                                   | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                       | 住所                                                                                                                                                                                                                | 都道府県                                                                    | 市区町村                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                       | 職業                                                                                                                                                                                                                |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 病名                                                                                                                                                    | 1 主たる精神障害<br>ICDコード ( )                                                                                                                                                                                           | 2 従たる精神障害<br>ICDコード ( )                                                 | 3 身体合併症                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 生活歴及び現病歴<br>〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 初回入院期間<br>前回入院期間<br>初回から前回までの入院回数                                                                                                                     | (入院形態) 年 月 日～ 年 月 日<br>(入院形態) 年 月 日～ 年 月 日<br>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 (該当のローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲むこと。)                                                                                                                                                      |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1 殺人<br>2 放火<br>3 強盗<br>4 強制性交等<br>5 強制わいせつ<br>6 傷害<br>7 暴行<br>8 恐喝<br>9 脅迫<br>10 窃盗<br>11 器物損壊<br>12 弄火又は失火<br>13 家宅侵入<br>14 詐欺等の経済的な問題行動<br>15 自殺企図 | A<br>A<br>A<br>A<br>A<br>A<br>A<br>A<br>A<br>A<br>A<br>A<br>A<br>A<br>A                                                                                                                                           | B<br>B<br>B<br>B<br>B<br>B<br>B<br>B<br>B<br>B<br>B<br>B<br>B<br>B<br>B | <現在の精神症状><br>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 ( ) |

|                        |        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------|--------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16 自傷<br>17 その他<br>( ) | A<br>A | B<br>B | VII 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><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><問題行動等><br>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( )<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 4 統合失調症等残遺状態<br>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<br>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。            |        |        | 年 月 日<br>精神保健指定医氏名<br>署名                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                           |              |     |       |
|---------------------------|--------------|-----|-------|
| (行政庁における記載欄)              |              |     |       |
| 診察に立会った者 氏名<br>(親権者、配偶者等) | (男・女) 続柄又は職業 | 年齢  | 歳     |
| 診 察 場 所                   |              |     |       |
| 診 察 日 時                   | 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 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。

(様式第8号)

第 号  
年 月 日

様

千葉県市長 印

診 察 実 施 通 知 書

年 月 日付けで、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定により、      のあった、                    様について、下記のとおり診察を行います。

なお、家族等、その他現に本人の保護の任に当たっている方は、この診察に立ち会うことができます。

記

|         |                    |                    |  |  |  |  |  |
|---------|--------------------|--------------------|--|--|--|--|--|
| 診察を受ける方 | 氏 名                |                    |  |  |  |  |  |
|         | 現住所                |                    |  |  |  |  |  |
| 日 時     | 年 月 日<br>午前・午後 時 分 | 年 月 日<br>午前・午後 時 分 |  |  |  |  |  |
| 場 所     |                    |                    |  |  |  |  |  |

(様式第9号)

第 号  
年 月 日

様

千 葉 市 長 印

診 察 結 果 通 知 書

年 月 日に行った精神保健及び精神障害者福祉に関する法律  
第 条の規定による診察の結果は、下記のとおりです。

記

|           |           |             |       |
|-----------|-----------|-------------|-------|
| 氏 名       |           |             |       |
| 診 察 の 結 果 | 1 措置入院が必要 | 入院命令の年月日    | 年 月 日 |
|           |           | 入 院 す る 病 院 |       |
|           | 2 措置入院不要  | 指定医の意見等     |       |
| 備 考       |           |             |       |

(様式第10号)

## 措置入院決定のお知らせ

第 号  
年 月 日

様

千葉市長



### 【入院理由について】

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

### 【入院中の生活について】

- 1 あなたの入院中、手紙やはがきなどを受け取ったり、出したりすることは制限なく行うことができます。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員と一緒に、あなたに開封してもらい、その異物は病院であずかることがあります。
- 2 あなたの入院中、以下の人との電話・面会については制限なく行うことができます。
  - ① 人権に関係する行政機関の職員（都道府県庁・指定都市の職員など）
  - ② あなたの代理人の弁護士や、あなた又はあなたの家族の希望によりあなたの代理人となろうとする弁護士それら以外の人との電話・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 あなたの入院中、治療上どうしても必要な場合は行動制限を受けることがあります。
- 4 もしも入院中の治療内容や生活について、あなたに不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院の職員にお話してください。

裏面に続く

**【入院や入院生活にご納得のいかない場合】**

- 1 あなたの入院や入院生活に納得のいかない場合には、あなた又はあなたのご家族等は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、千葉市長に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか又は下記にお問い合わせ下さい。

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| 〒261-0003 千葉市美浜区高浜2-1-16<br>千葉市こころの健康センター<br>TEL 043-204-1535 |
|---------------------------------------------------------------|

- 2 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に千葉県知事に対して審査請求をすることができます。（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）
- 3 この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、千葉市を被告として（訴訟において千葉市を代表する者は千葉市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

(様式第 1 1 号)

第 号  
年 月 日

病院管理者 様

千 葉 市 長 

措 置 入 院 決 定 通 知 書

このことについて、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 29 条の規定により、  
下記のとおり措置入院に決定したので通知します。

記

|           |       |
|-----------|-------|
| 措 置 番 号   |       |
| 氏 名       |       |
| 生 年 月 日   | 年 月 日 |
| 住 所       |       |
| 措置入院年月日   | 年 月 日 |
| 受 給 者 番 号 |       |

(様式第12号)

措置入院者転院申請書

年 月 日

(あて先) 千葉県長

医療機関名

管理者氏名

次の者の転院を申請します。

|         |     |  |
|---------|-----|--|
| 患者住所    |     |  |
| 患者氏名    |     |  |
| 措置番号    |     |  |
| 措置年月日   |     |  |
| 転院先医療機関 | 名称  |  |
|         | 所在地 |  |
| 転院予定年月日 |     |  |
| 転院理由    |     |  |

(様式第13号)

第 号  
年 月 日

様

千葉県市長 印

措置入院者転院通知書

措置入院者の転院について、下記のとおり通知します。

記

|           |       |
|-----------|-------|
| 患 者 氏 名   |       |
| 患 者 住 所   |       |
| 措 置 番 号   |       |
| 措 置 年 月 日 | 年 月 日 |
| 転 院 年 月 日 | 年 月 日 |
| 転院申請医療機関名 |       |
| 転院先医療機関名  |       |
| 転 院 理 由   |       |
| 受 給 者 番 号 |       |

(様式第14号)

第 号  
年 月 日

様

千 葉 市 長 印

転 院 通 知 書

あなたは、 において措置入院による治療を受けていましたが、  
このたび下記のとおり転院することとなりましたのでお知らせします。

記

|            |       |
|------------|-------|
| 転院先医療機関名   |       |
| 転院先医療機関所在地 |       |
| 転 院 年 月 日  | 年 月 日 |
| 転 院 の 理 由  |       |

(様式第15号)

第 号  
年 月 日

様

千 葉 市 長 印

転 院 通 知 書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の規定により、  
に措置入院となっている 様について、このたび下記のとおり転院すること  
となりましたのでお知らせします。

記

|            |       |
|------------|-------|
| 転院先医療機関名   |       |
| 転院先医療機関所在地 |       |
| 転 院 年 月 日  | 年 月 日 |
| 転 院 の 理 由  |       |

(様式第16号)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定に基づく事前調査書

年 月 日

所 属

調査者

印

年 月 日付、 から別紙のとおり、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 がありましたので  
状況を調査したところ下記のとおりでした。

記

|       |               |       |     |     |       |
|-------|---------------|-------|-----|-----|-------|
| 本人氏名等 | フリガナ          |       |     | 生年  | 年 月 日 |
|       | 氏 名           | (男・女) |     | 月 日 | (満 歳) |
|       |               | 現在地   |     | 職業  |       |
|       | 本 籍           |       |     |     |       |
|       | 現住所           | (電話)  |     |     |       |
|       | 調査に当たっての面接の有無 |       | 有 無 |     |       |

|     |               |       |     |     |       |
|-----|---------------|-------|-----|-----|-------|
| 家族等 | フリガナ          |       |     | 生年  | 年 月 日 |
|     | 氏 名           | (男・女) |     | 月 日 | (満 歳) |
|     |               | 現在地   |     | 職業  |       |
|     | 本 籍           |       |     |     |       |
|     | 現住所           | (電話)  |     |     |       |
|     | 調査に当たっての面接の有無 |       | 有 無 |     |       |

|                |                    |
|----------------|--------------------|
| 調査年月日<br>及び陳述者 | 年 月 日 時 分～ 時 分 ( ) |
|                | 年 月 日 時 分～ 時 分 ( ) |
|                | 年 月 日 時 分～ 時 分 ( ) |

調査時の状況等

1 家庭の状況、家族構成、生活歴等

2 申請・通報等をされた原因、問題行動、現在の状態等

3 現在までの主な治療歴

|           |                                     |  |          |  |
|-----------|-------------------------------------|--|----------|--|
| 主治医との連絡   | 氏 名                                 |  | 連絡<br>先等 |  |
|           | 主治医<br>意 見                          |  |          |  |
| 事前調査の総合判定 | 1 措置入院に関する診察が必要<br>2 不必要（理由を記入すること） |  |          |  |

(様式第 17 号)

連第 号  
年 月 日

指定区による診察命令書

様

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 2 の規定に基づく精神障害者の移送に係る診察を、次のとおり命ずる。

年 月 日

千葉県市長 印

|                       |           |            |
|-----------------------|-----------|------------|
| 被診察者（精神障害者又はその疑いのある者） | 居住地       |            |
|                       | 現在住所      |            |
|                       | 氏 名       |            |
|                       | 生年月日      | 年 月 日（満 歳） |
| 診 察 の 日 時             | 年 月 日 時 分 |            |
| 診 察 の 場 所             |           |            |
| 摘 要                   |           |            |

(様式第18号)

措置入院のための移送に関する診察記録票

|               |          |       |                     |                |  |
|---------------|----------|-------|---------------------|----------------|--|
| 氏 名           | (男・女)    |       | 生年月日                | 年 月 日<br>(満 歳) |  |
| 移送の過程における行動制限 | 行動制限の有無  |       | 1 行動制限を行った 2 行わなかった |                |  |
|               | 症 状      |       |                     |                |  |
|               | 行動制限の告知  |       | 1 告知を行った            |                |  |
|               | 開始日時     |       | 年 月 日 時 分           |                |  |
|               | 終了日時     |       | 年 月 日 時 分           |                |  |
|               | その他の特記事項 |       |                     |                |  |
| 診察年月日         |          | 年 月 日 |                     |                |  |
| 精神保健指定医氏名(自署) |          |       |                     |                |  |

(様式第 19 号)

措置入院のための移送に関する移送記録票

|                              |    |          |         |                |
|------------------------------|----|----------|---------|----------------|
| 措置入院のための<br>移送が必要と<br>考えられる者 | 氏名 |          | 生年月日    | 年 月 日<br>(満 歳) |
|                              |    | (男・女)    |         |                |
|                              | 住所 | 都道<br>府県 | 都市<br>区 | 町村<br>区        |
|                              | 職業 |          |         |                |

|                          |                                  |    |     |  |
|--------------------------|----------------------------------|----|-----|--|
| 措置診察のための<br>移送の有無        | 1 措置診察のための移送を行った 2 措置診察の後に移送を行った |    |     |  |
| 移送開始及び終了                 | 年 月 日 時 分 ～ 月 日 時 分              |    |     |  |
| 移送に関する告知                 | 1 告知を行った                         |    |     |  |
| 搬送の概要<br>(方法、経路、<br>時刻等) |                                  |    |     |  |
| 搬送先の医療機関                 | 病院名                              |    | 所在地 |  |
| 補助者氏名                    |                                  |    |     |  |
| 同行者氏名                    |                                  |    |     |  |
| 行動制限の有無                  | 1 行動制限を行った 2 行動制限を行わなかった         |    |     |  |
| その他特記事項                  |                                  |    |     |  |
| 記録者の氏名等                  |                                  | 所属 |     |  |

(様式第20号)

連第 号  
年 月 日

様

千 葉 市 長 印

移送に際してのお知らせ

- 1 あなたをこれから、措置入院が必要であるかどうかを判定するために に  
移送します。
- 2 あなたの移送は、 で行います。
- 3 あなたの移送中、医療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 4 この移送に不服のあるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に千葉県知事に対し、審査請求をすることができます。(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- 5 この処分の取消しを求める訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に限り、千葉市を被告として(訴訟において千葉市を代表する者は千葉市長となります。)提起することができます(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

(様式第20号の2)

達第 号  
年 月 日

我

千葉市長 印

## 移送に際してのお知らせ

- 1 あなたをこれから、措置入院のために へ移送します。
- 2 あなたの移送は、 で行います。
- 3 あなたの移送中、医療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 4 この移送に不服のあるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に千葉県知事に対し、審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 5 この処分の取消しを求める訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に限り、千葉市を被告として（訴訟において千葉市を代表する者は千葉市長となります。）提起することができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

(様式第21号)

同 意 書

年 月 日

病院管理者 様

千 葉 市 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2項の規定により  
貴病院に医療保護入院させることに同意します。

記

居住地（又は現在地）

氏 名

生年月日 年 月 日

様式第21号の2

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 |

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 | 年 月 日 |

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患者に対する虐待等（配偶者暴力、児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待）を行っている者、④精神の機能の障害により同意又は不同意の意思表示を適切に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者、⑤未成年者

※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

氏 名

氏 名

(様式第22号)

医療保護入院に際してのお知らせ

様

年 月 日

【医療保護入院について】

医療保護入院とは、精神保健指定医又は特定医師による診察の結果、精神障害があり、医療と保護のために入院の必要があると判定された方であって、その精神障害のために入院に同意いただけない場合に、やむを得ずご家族などの同意を得て、入院していただく制度です。

あなたは、(精神保健指定医・特定医師)の診察の結果、以下の理由・目的により、入院が必要であると認められたため、年 月 日(午前・午後 時)、入院されました。

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2項、③第3項後段]の規定による医療保護入院です。

【入院理由について】

1. あなたは、診察の結果、以下の状態にあると判定されました。

- ① 幻覚妄想状態(幻覚や妄想があり、それらを現実と区別することが難しい)
- ② 精神運動興奮状態(欲動や意志が昂ぶり、興奮しやすく、自分で抑えることが難しい)
- ③ 昏迷状態(意志発動性の強い抑制や、著しい混乱により、外界への応答が難しい)
- ④ 抑うつ状態(気分の落ち込みや悲観的な考え、興味や喜びの消失などが続いている)
- ⑤ 躁状態(気分の高揚や著しい活発さ、苛立ち等が続いている)
- ⑥ せん妄、もうろう状態(意識障害により覚醒水準が低下している)
- ⑦ 認知症状態(認知機能が低下し、日常全般に支障を来している)
- ⑧ 統合失調症等残遺状態(障害により日常生活動作、社会的判断・機能遂行が難しい)
- ⑨ その他 ( )

2. あなたは、以下の理由により入院されました。

- ☐ 外来への通院等においては、十分な治療ができないことから、手厚い医療を提供するため、入院の必要性があります
- ☐ あなたの安全を確保しながら診断や治療を行うため、入院の必要性があります
- ☐ その他 ( )

裏面に続く

【入院中の生活について】

1. あなたの入院中、手紙やはがきを受け取ったり、出したりすることは制限なく行うことができます。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員と一緒に、あなたに開封してもらい、その異物は病院で扱うことがあります。
2. あなたの入院中、以下の人との電話・面会については制限なく行うことができます。
  - ① 人権に関する行政機関の職員（都道府県庁・指定都市の職員など）
  - ② あなたの代理人である弁護士や、あなた又はあなたのご家族等の希望によりあなたの代理人となろうとする弁護士それら以外の人との電話・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。
4. あなたの入院期間については、一定期間ごとに入院の必要性について確認を行います。
5. 入院中、あなたの病状が良くなるように力を尽くしてまいります。もしも入院中の治療や生活について不明な点、納得のいかない点がありましたら、速慮なく病院の職員にお話してください。
6. それでも入院や入院生活に納得のいかない場合には、あなた又はあなたのご家族等は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、千葉市長に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、退院後生活環境相談員等の病院の職員にお尋ねになるか下記にお問い合わせ下さい。

〒261-0003 千葉市美浜区高浜2-1-16

千葉市こころの健康センター

TEL 043-204-1535

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（※）

（※）指定医等とは別に、すでに主治医が決まっている  
場合に記載

(様式第23号)

## 応急入院に際してのお知らせ

様

年 月 日

### 【応急入院について】

応急入院とは、精神保健指定医又は特定医師による診察の結果、精神障害があり、医療と保護のために入院の必要があると判定された方であって、その精神障害のために入院に同意いただけず、また、急速を要し、ご家族等の同意を得ることができない場合に、入院後72時間以内に限り入院していただく制度です。

あなたは、(精神保健指定医・特定医師)の診察の結果、以下の理由・目的により、入院が必要であると認められたため、 年 月 日(午前・午後 時)入院されました。

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。

### 【入院理由について】

1. あなたは、診察の結果、以下の状態にあると判定されました。
  - ① 幻覚妄想状態(幻覚や妄想があり、それらを現実と区別することが難しい)
  - ② 精神運動興奮状態(欲動や意志が昂ぶり、興奮しやすく、自分で抑えることが難しい)
  - ③ 昏迷状態(意志発動性の強い抑制や、著しい混乱により、外界への応答が難しい)
  - ④ 抑うつ状態(気分の落ち込みや悲観的な考え、興味や喜びの消失などが続いている)
  - ⑤ 躁状態(気分の高揚や著しい活発さ、苛立ち等が続いている)
  - ⑥ せん妄、もうろう状態(意識障害により覚醒水準が低下している)
  - ⑦ 認知症状態(認知機能が低下し、日常全般に支障を来している)
  - ⑧ 統合失調症等残遺状態(障害により日常生活動作、社会的判断・機能逆行が難しい)
  - ⑨ その他( )
2. あなたは、以下の理由により入院されました。
  - ☐ 外来への通院等においては、十分な治療ができないことから、手厚い医療を提供するため、入院の必要性があります
  - ☐ あなたの安全を確保しながら診断や治療を行うため、入院の必要性があります
  - ☐ その他( )

裏面に続く

【入院中の生活について】

1. あなたの入院中、手紙やはがきを受け取ったり、出したりすることは制限なく行うことができます。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員と一緒に、あなたに開封してもらい、その異物は病院で扱うことがあります。
2. あなたの入院中、以下の人との電話・面会については制限なく行うことができます。
  - ① 人権に係る行政機関の職員（都道府県庁・指定都市の職員など）
  - ② あなたの代理人の弁護士や、あなた又はあなたのご家族等の希望によりあなたの代理人となろうとする弁護士それら以外の人との電話・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。
4. あなたの入院期間については、一定期間ごとに入院の必要性について確認を行います。
5. 入院中、あなたの病状が良くなるように力を尽くしてまいります。もしも入院中の治療や生活について不明な点、納得のいかない点がありましたら、速慮なく病院の職員にお話してください。
6. それでも入院や入院生活に納得のいかない場合には、あなた又はあなたのご家族等は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、千葉市長に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか下記にお問い合わせ下さい。

〒261-0003 千葉市美浜区高浜2-1-16

千葉市こころの健康センター

TEL 043-204-1535

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（※）

（※）指定医等とは別に、すでに主治医が決まっている  
場合に記載

(様式第24号)

隔離を行うに当たってのお知らせ

様

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力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

(様式第25号)

身体的拘束を行うに当たってのお知らせ

様

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びおそれがある状態
- エ その他（ ）

精神保健指定医の氏名

(様式第 2 6 号)

## 移送に係る同意書

年 月 日

(あて先) 千 葉 市 長

住 所

氏 名 (※)

(※)本人が手書きしない場合は記名押印してください

私は、下記の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 3 4 条に規定されている医療保護入院等のための移送に関し、診察の結果、必要と認められるときは、市によりその指定する応急入院指定病院へ移送することに同意します。

|                             |      |       |           |                |  |
|-----------------------------|------|-------|-----------|----------------|--|
| 本 人                         | フリガナ |       | 生年<br>月 日 | 年 月 日<br>(満 歳) |  |
|                             | 氏名   | (男・女) |           |                |  |
|                             | 住所   |       |           |                |  |
| 現在の状態（生活状態、症状の概要について記載すること） |      |       |           |                |  |

(様式第 27 号)

医療保護入院及び応急入院のための移送に関する事前調査票及び移送記録票

◆ 対象者等

|                                          |                                                                                     |       |      |       |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|-------|
| 医療保護入院及び<br>応急入院のための<br>移送が必要と考え<br>られる者 | フリガナ                                                                                |       | 生年   | 年 月 日 |
|                                          | 氏名                                                                                  | (男・女) | 月日   | (満 歳) |
|                                          | 住所                                                                                  | 都道 府県 | 郡市 区 | 町村 区  |
|                                          | 職業                                                                                  |       |      |       |
| 相 談 者                                    | 1 家族等のうちいずれかの者    2 行政機関 (                      )<br>3 その他 (                      ) |       |      |       |

◆ 事前調査票

|                        |                                  |    |      |        |                                              |
|------------------------|----------------------------------|----|------|--------|----------------------------------------------|
| 調査対象者の所在地              |                                  |    |      |        |                                              |
| 調査時の状況                 |                                  |    |      |        |                                              |
| 主治医との連絡                | 氏名                               |    | 連絡先等 |        |                                              |
|                        | 主治医<br>意 見                       |    |      |        |                                              |
| 本人の同意                  | 1 可 能                      2 不可能 |    |      |        |                                              |
| 家族等のうちいずれ<br>かの者の同意の有無 | 1 有                      2 無     |    |      |        |                                              |
| 事前調査の総合判定              | 1 行うための診察が必要    2 不必要            |    |      |        |                                              |
| 診察が不要の場合の<br>対応方針      |                                  |    |      |        |                                              |
| 調査年月日等                 | 調査年月日                            | 年  | 月    | 日      | 時 分～ 時 分<br>年 月 日 時 分～ 時 分<br>年 月 日 時 分～ 時 分 |
| 職員氏名                   |                                  | 所属 |      | 指定医の確認 |                                              |

## ◆ 移送記録票

|                          |                                               |  |     |  |
|--------------------------|-----------------------------------------------|--|-----|--|
| 移送開始及び終了                 | 年 月 日 時 分 ～ 年 月 日 時 分                         |  |     |  |
| 指定医の氏名所属                 | 氏名                                            |  | 所 属 |  |
| 診察開始及び終了                 | 年 月 日 時 分 ～ 年 月 日 時 分                         |  |     |  |
| 診察の立ち会い者<br>及び患者との間柄     |                                               |  |     |  |
| 診察の補助者<br>(氏名・職種・所属)     |                                               |  |     |  |
| 移送に関する告知                 | 1 告知を行った                                      |  |     |  |
| 搬送の概要<br>(方法、経路、<br>時刻等) |                                               |  |     |  |
| 搬送先の医療機関                 | 病院名                                           |  | 住所  |  |
| 移送補助者                    |                                               |  |     |  |
| 搬送同行者                    |                                               |  |     |  |
| 行動制限の有無                  | 1 行動制限を行った                      2 行動制限を行わなかった |  |     |  |
| その他特記事項                  |                                               |  |     |  |
| 記録者氏名                    |                                               |  |     |  |

## ◆ 家族等

|                                                                                                    |    |       |    |           |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|----|-----------|----------------|
| 同意をした家族等                                                                                           | 氏名 | (男・女) | 続柄 | 生年<br>月 日 | 年 月 日<br>(満 歳) |
|                                                                                                    |    | (男・女) | 続柄 | 生年<br>月 日 | 年 月 日<br>(満 歳) |
|                                                                                                    | 住所 |       |    |           |                |
|                                                                                                    |    |       |    |           |                |
| 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者 (選任年月日 年 月 日)<br>8 市町村長 |    |       |    |           |                |

## 記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 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。
- 2 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。

(様式第 28 号)

連第 号  
年 月 日

指定医による診察命令書

様

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 34 条の規定に基づく精神障害者の移送に係る診察を、次のとおり命ずる。

年 月 日

千葉市長 印

|                       |           |            |
|-----------------------|-----------|------------|
| 被診察者（精神障害者又はその疑いのある者） | 居住地       |            |
|                       | 現在住所      |            |
|                       | 氏 名       |            |
|                       | 生年月日      | 年 月 日（満 歳） |
| 診察の日時                 | 年 月 日 時 分 |            |
| 診察の場所                 |           |            |
| 摘要                    |           |            |

(様式第29号)

医療保護入院及び応急入院のための移送に関する診察記録票

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |         |       |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-------|
| フリガナ                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           | 生年月日    | 年 月 日 |
| 氏 名                                                     | (男・女)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           | (満 歳)   |       |
| 住 所                                                     | 都道 府県                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 都市 区      | 町村 区    |       |
| 病 名                                                     | 1 主たる精神障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2 従たる精神障害 | 3 身体合併症 |       |
| 生活歴及び現病歴<br><br>(推定発病年月日、精神科受診歴等を記載すること。)               | (陳述者氏名 続柄 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |         |       |
| 現在の病状<br>又は状態像<br><br>(該当する全てのローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲むこと。) | <p>&lt;現在の精神症状&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 記憶障害 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 破裂思考 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>&lt;その他の重要な症状&gt;<br/>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( )<br/>4 その他 ( )</p> <p>&lt;問題行動等&gt;<br/>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( )</p> <p>&lt;現在の状態像&gt;<br/>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<br/>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<br/>10 その他 ( )</p> |           |         |       |

|                                            |                   |            |           |          |
|--------------------------------------------|-------------------|------------|-----------|----------|
| 緊急性の判定                                     | 1 直ちに入院が必要        |            | 2 緊急を要しない |          |
| 本人の同意                                      | 1 可能              |            | 2 不可能     |          |
| 判 定 理 由                                    |                   |            |           |          |
| 判 定 結 果                                    | 1 医療保護入院又は応急入院が必要 |            | 2 不必要     |          |
| 移送過程における行動制限                               | 行動制限の有無           | 1 行動制限を行った |           | 2 行わなかった |
|                                            | 症 状               |            |           |          |
|                                            | 告 知               | 1 告知を行った   |           |          |
|                                            | 開始日時              | 月          | 日         | 時 分      |
|                                            | 終了日時              | 月          | 日         | 時 分      |
|                                            |                   |            |           |          |
| その他の特記事項                                   |                   |            |           |          |
| 以上のとおり診断する。         年 月 日<br>精神保健指定医氏名（署名） |                   |            |           |          |

記載上の留意事項

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。

(様式第30号)

連第 号  
年 月 日

様

千 葉 市 長 印

移送に際してのお知らせ

- 1 あなたをこれから、( 医療保護入院 応急入院 ) のために 〃 に移送します。
- 2 あなたの移送は、 〃 で行います。
- 3 あなたの移送中、医療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 4 この移送に不服のあるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に千葉県知事に対し、審査請求をすることができます(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。 )。
- 5 この処分の取消しを求める訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に限り、千葉市を被告として(訴訟において千葉市を代表する者は千葉市長となります。)提起することができます(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。 )。また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。 )。

(様式第31号)

第 号  
年 月 日

病院管理者 様

千葉市長 印

仮 退 院 許 可

年 月 日付けで申請のあった仮退院については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40号の規定により、下記のとおり許可します。

記

|                  |     |                                                                     |
|------------------|-----|---------------------------------------------------------------------|
| 措置入院者            | 氏名  |                                                                     |
|                  | 居住地 |                                                                     |
| 仮退院許可期間          |     | 年 月 日から 年 月 日まで                                                     |
| 入院時基本診療料<br>請求日数 |     | 日                                                                   |
| 仮退院の条件           |     | 患者が仮退院期間において、自身を傷つけ、または、他人に害を及ぼすおそれがあると認められる場合は、直ちに仮退院を解除し再入院させること。 |
| 備 考              |     |                                                                     |

(様式第32号)

措置入院者事故報告書

年 月 日

(あて先) 千葉県長

医療機関名  
管理者名

下記のとおり事故があったので報告します。

記

|       |         |           |         |       |  |
|-------|---------|-----------|---------|-------|--|
| 措置入院者 | 氏名      |           | 生年月日    | 年 月 日 |  |
|       | 住所      |           |         |       |  |
| 措置番号  |         | 号         | 措置入院年月日 | 年 月 日 |  |
| 家族等   | 氏名      |           |         | 続柄    |  |
|       | 住所      |           |         |       |  |
| 事故の概要 | 1 発生日時  | 年 月 日 時 分 |         |       |  |
|       | 2 内 容   |           |         |       |  |
|       | 3 そ の 他 |           |         |       |  |

(様式第 3 3 号)

医療保護入院定期報告者名簿

| 医療機関名 |            |     | 入院月   |       | 月 |
|-------|------------|-----|-------|-------|---|
| No.   | 住所（市町村名まで） | 氏 名 | 入院年月日 | 退院年月日 |   |
| 1     |            |     |       |       |   |
| 2     |            |     |       |       |   |
| 3     |            |     |       |       |   |
| 4     |            |     |       |       |   |
| 5     |            |     |       |       |   |
| 6     |            |     |       |       |   |
| 7     |            |     |       |       |   |
| 8     |            |     |       |       |   |
| 9     |            |     |       |       |   |
| 10    |            |     |       |       |   |
| 11    |            |     |       |       |   |
| 12    |            |     |       |       |   |
| 13    |            |     |       |       |   |
| 14    |            |     |       |       |   |
| 15    |            |     |       |       |   |
| 16    |            |     |       |       |   |
| 17    |            |     |       |       |   |
| 18    |            |     |       |       |   |
| 19    |            |     |       |       |   |
| 20    |            |     |       |       |   |
| 21    |            |     |       |       |   |
| 22    |            |     |       |       |   |
| 23    |            |     |       |       |   |
| 24    |            |     |       |       |   |
| 25    |            |     |       |       |   |

《留意事項》入院月別に 1 部（市、保健所、控）それぞれ入院年順に記載すること。

(様式第 3 4 号)

精神科入院退院等患者月報 ( 年 月分)

医療機関名

精神病床数 床

1 入院形態別入院者状況

|        | 前月末在院患者数             | 本月入院患者数 | 本月退院患者数        | 本月末在院患者数 |
|--------|----------------------|---------|----------------|----------|
| 措置入院   | ( 名 )                | ( 名 )   | ( 名 )          | ( 名 )    |
|        | 仮退院者数 名              |         | 千葉県以外の措置入院者数 名 |          |
| 医療保護入院 | ( 名 )                | ( 名 )   | ( 名 )          | ( 名 )    |
|        | 入院件数内訳               |         |                | 名        |
|        | 新規                   |         |                | 名        |
|        | 措置入院から               |         |                | 名        |
| 任意入院   | 任意入院から               |         |                | 名        |
|        | その他                  |         |                | 名        |
|        | 退院件数内訳               |         |                | 名        |
|        | 退院・外来                |         |                | 名        |
| 任意入院   | 任意入院へ                |         |                | 名        |
|        | その他                  |         |                | 名        |
|        | 名                    | 名       | 名              | 名        |
|        | 入院件数内訳               |         |                | 名        |
| 任意入院   | 新規                   |         |                | 名        |
|        | 措置入院から               |         |                | 名        |
|        | 医療保護入院から             |         |                | 名        |
|        | その他                  |         |                | 名        |
| 任意入院   | 退院件数内訳               |         |                | 名        |
|        | 退院・外来                |         |                | 名        |
|        | 医療保護入院へ              |         |                | 名        |
|        | その他                  |         |                | 名        |
| 応急入院   | 名                    | 名       | 名              | 名        |
| 仮入院    | 名                    | 名       | 名              | 名        |
| その他の入院 | 名                    | 名       | 名              | 名        |
| 合計     | 名                    | 名       | 名              | 名        |
|        | 本月末在院患者数のうち 生活保護患者数  |         |                | 名        |
|        | 本月末在院患者数のうち 市内居住地患者数 |         |                | 名        |

2 その他

| 在院患者延数 | 外來患者延数 | 障害者自立支援法第 5 8 条の規定による精神通院医療患者実数<br>(再掲 市内居住地患者数) |
|--------|--------|--------------------------------------------------|
| 名      | 名      | ( 名 )                                            |

※ 注 意

- 保健所へ提出する「病院報告 (患者票)」との整合性に留意すること。
- 措置入院について
  - 緊急措置入院件数は、( ) を用いて再掲すること。
  - 「仮退院者数」は、仮退院を申請した件数を計上すること。
  - 「千葉県外の措置入院者数」には、千葉県以外の都道府県知事・政令指定都市市長の命による措置入院者の本月末在院患者数を再掲すること。
  - 「退院」とは、他の入院形態への移行を含む。
- 医療保護入院・任意入院について
  - 緊急措置入院から医療保護入院へ移行した場合は、( ) を用いて再掲すること。
  - 「その他」には、転院・無断離院等の件数を計上すること。

(様式第35号)

精神障害者保健福祉手帳交付台帳

| No. | 患者氏名  |    | 生年月日  |  | 手帳       |     |      | 通院  |      |      |             |      |    |             |
|-----|-------|----|-------|--|----------|-----|------|-----|------|------|-------------|------|----|-------------|
|     | 患者住所  |    | 手帳番号  |  | 障害<br>等級 | 交付日 | 有効期限 | 交付日 | 承認期間 | 所得区分 | 自己負担<br>上限額 | 医療機関 | 薬局 | 訪問看護<br>事業者 |
|     | 連絡先氏名 |    | 受給者番号 |  |          |     |      |     |      | 重度かつ |             |      |    |             |
|     | 連絡先住所 | 続柄 | 保険    |  |          |     |      |     |      | 継続   |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |
|     |       |    |       |  |          |     |      |     |      |      |             |      |    |             |

(様式第36号)

生計同一証明書・常時介護証明書申請書

年 月 日

(あて先) 保健福祉センター所長

申請者住所

申請者氏名

私は、下記の自動車(軽自動車)について自動車税等の減免を受けたいので、当該障害者と生計を一にし(当該障害者を常時介護し)、かつ当該障害者のためにその自動車(軽自動車)を運転している旨の証明を申請します。

- 添付書類 (1) 住民票の謄本  
(2) 精神障害者保健福祉手帳  
(3) 自動車・軽自動車運行計画書(常時介護証明書を申請するときのみ)  
(4) 証明書(常時介護証明書を申請するときのみ)  
(5) 誓約書(常時介護証明書を申請するときのみ)

|           |              |     |    |    |
|-----------|--------------|-----|----|----|
| 1 対象自動車等  | 登録番号         |     |    |    |
|           | 車両番号         |     |    |    |
| 2 精神障害者 ※ | 氏 名          |     |    |    |
|           | 住 所          |     |    |    |
|           | 連絡先電話番号      | ( ) |    |    |
|           | 連絡先電子メールアドレス | @   |    |    |
|           | 精神障害者保健福祉手帳  |     | 等級 | 1級 |
| 3 所有者 ※   | 氏 名          |     |    |    |
|           | 住 所          |     |    |    |
|           | 連絡先電話番号      | ( ) |    |    |
|           | 連絡先電子メールアドレス | @   |    |    |
| 4 運 転 者   | 氏 名          |     |    |    |
|           | 住 所          |     |    |    |
|           | 連絡先電話番号      | ( ) |    |    |
|           | 連絡先電子メールアドレス | @   |    |    |
|           | 運転免許証の番号     |     |    |    |

※ 所有権留保の車両については、上記3の者は自動車検査証の使用者となります。

※ 常時介護証明書については上記2と3の者は同一である必要があります。

(様式第36号の2)

自動車・軽自動車運行計画書

年 月 日

(あて先) 千葉市 保健福祉センター所長

申請者住所

申請者氏名

私の所有する自動車・軽自動車については、下記のとおり運行する予定です。

|   |       |  |
|---|-------|--|
| 日 | 利用時間帯 |  |
|   | 目的・用途 |  |
|   | 運行区間  |  |
| 月 | 利用時間帯 |  |
|   | 目的・用途 |  |
|   | 運行区間  |  |
| 火 | 利用時間帯 |  |
|   | 目的・用途 |  |
|   | 運行区間  |  |
| 水 | 利用時間帯 |  |
|   | 目的・用途 |  |
|   | 運行区間  |  |
| 木 | 利用時間帯 |  |
|   | 目的・用途 |  |
|   | 運行区間  |  |
| 金 | 利用時間帯 |  |
|   | 目的・用途 |  |
|   | 運行区間  |  |
| 土 | 利用時間帯 |  |
|   | 目的・用途 |  |
|   | 運行区間  |  |

(様式第36号の3)

証 明 書

|     |  |
|-----|--|
| 住 所 |  |
| 氏 名 |  |

上記の者にかかる運行計画について、当\_\_\_\_\_へ、  
(学校、病院、施設、会社名)

\_\_\_\_\_の運転により、本人所有の 自動車・軽自動車 で通学・通院・通所・  
(介護者氏名)

通勤することに関しては、運行計画の内容に相違ないことを証明いたします。

年 月 日

\_\_\_\_\_長  
(学校、病院、施設、会社名)

\_\_\_\_\_ 印  
(肩書) (氏 名)

(様式第36号の4)

### 誓 約 書

今回、〔自動車税・軽自動車税・自動車取得税〕の減免を申請する私の〔自動車・軽自動車〕は、専ら \_\_\_\_\_ への通学・通院・通所・通勤  
(学校・病院・施設・会社名)

のために使用するものであることを誓約します。

併せて、私の申請内容と異なる事実が発覚した場合には、直ちに本年度にかかる納税申告を行うことを誓約します。

年 月 日

障害者住所 \_\_\_\_\_

障害者氏名 \_\_\_\_\_ (※)

(※)本人が手書きしない場合は記名押印してください

私が運転を行う \_\_\_\_\_ 所有の〔自動車税・軽自動車税〕について、  
(障害者氏名)

\_\_\_\_\_ のためにのみ運転を行うことを誓約いたします。  
(障害者氏名)

年 月 日

介護者住所 \_\_\_\_\_

介護者氏名 \_\_\_\_\_ (※)

(※)本人が手書きしない場合は記名押印してください

(様式第37号)

第 号  
年 月 日

様

千葉市 保健福祉センター所長

生計同一証明書・常時介護証明書

障害者と生計を一にする

下記1の自動車等は、専ら下記2の障害者のために当該

障害者を常時介護する

下記3の者が所有し、下記4の者が運転するものであることを証明する。

記

|             |          |                              |  |
|-------------|----------|------------------------------|--|
| 1 対象自動車等    | 登録番号     |                              |  |
| 2 精神障害者 ※   | 氏 名      |                              |  |
|             | 住 所      |                              |  |
| 3 所 有 者 ※   | 氏 名      |                              |  |
|             | 住 所      |                              |  |
| 4 運 転 者     | 氏 名      |                              |  |
|             | 住 所      |                              |  |
|             | 運転免許証の番号 |                              |  |
| 5 減免措置適用の有無 | 有 ・ 無    | (有の場合に、当該自動車等の登録番号又は車両番号を記入) |  |

※ 所有権留保の車両については、上記3の者は自動車検査証の使用者となります。

※ 常時介護証明書については、上記2と3の者は同一である必要があります。

◎ 本証明書の有効期間は、右上に記入した交付日から3ヶ月間です。

(様式第38号)

## 措置入院者の費用徴収額の認定に関する申告書

(あて先) 千葉市長

年 月 日

申告者

措置入院者の費用徴収額の認定に関し、次のとおり申告します。

|             |      |  |    |     |      |   |   |   |
|-------------|------|--|----|-----|------|---|---|---|
| 入<br>院<br>者 | 氏 名  |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
|             | 個人番号 |  |    |     |      |   |   |   |
|             | 住 所  |  |    |     |      |   |   |   |

|                                      |      |     |     |         |     |
|--------------------------------------|------|-----|-----|---------|-----|
|                                      | 氏 名  | 性 別 | 続 柄 | 生 年 月 日 | 職 業 |
| 入<br>院<br>者<br>世<br>帯<br>構<br>成<br>員 |      |     |     | 年 月 日   |     |
|                                      | 個人番号 |     |     |         |     |
|                                      |      |     |     | 年 月 日   |     |
|                                      | 個人番号 |     |     |         |     |
|                                      |      |     |     | 年 月 日   |     |
|                                      | 個人番号 |     |     |         |     |

私（申告者）は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第31条の規定に基づき、措置入院に伴う費用徴収額算定の基礎資料として、住民票の取得及び生活保護受給状況、中国残留邦人等支援給付の受給状況、個人住民税課税内容、被保険者情報について、費用徴収額の認定に必要な範囲で千葉市が関係機関に照会することに同意します。

なお、以上の内容について、世帯構成員の同意を得ています。

申告者

氏 名 (※) 続柄 ( )

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印して下さい。

住 所

連絡先

(様式第 39 号)

第 号  
年 月 日

様

千葉市長

印

措置入院者の費用徴収額決定通知書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 31 条及び費用徴収額の認定基準についての通達（平成 7 年 6 月 16 日付）の規定により、医療費の負担額（費用徴収額）を、下記のとおり決定したので通知します。

記

| 措置入院者 | 措置入院年月日 | 費用徴収額（月額） |
|-------|---------|-----------|
| (氏名)  | 年 月 日   | 円         |
| (住所)  |         |           |

- 注 1 入退院の日の属する月の入院日数が 1 か月に満たない場合の費用徴収額は、日割り計算となります。
- 2 1 か月の医療費が費用徴収額を下回る場合は、当該月の医療費の額とします。

(様式第 39 号の 2)

第 号  
年 月 日

病院管理者 様

千 葉 市 長 印

措置入院者の費用徴収額決定通知書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 29 条の規定により貴院に措置入院された方に対する医療費の負担額を、同法第 31 条及び費用徴収額の認定基準についての通達（平成 7 年 6 月 16 日付）の規定により、下記のとおり決定したので通知します。

記

| 措 置 入 院 者        | 措 置 入 院 年 月 日 | 費用徴収額（月額） |
|------------------|---------------|-----------|
| (氏名)<br><br>(住所) | 年 月 日         | 円         |

- 注 1 入退院の日の属する月の入院日数が 1 か月に満たない場合の費用徴収額は、日割り計算となります。
- 2 1 か月の医療費が費用徴収額を下回る場合は、当該月の医療費の額とします。

(様式第 4 0 号)

退院命令書

達 第 号  
年 月 日

病院の名称  
管理者氏名

様

千葉市長



精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 条 第 項の規定  
により、貴院に入院中の次の者を退院させることを命ずる。

|                |             |
|----------------|-------------|
| 氏 名            |             |
| 生 年 月 日        | 年 月 日 ( 歳 ) |
| 住 所            |             |
| 退院させるべき<br>理 由 |             |

(不服申し立てについて)

- 1 この処分についての審査請求は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、千葉県知事に対してすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴訟は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、千葉市を被告として提起することができます。

(様式第 4 1 号)

処遇改善命令書

達 第 号  
年 月 日

病院の名称  
管理者氏名

様

千葉市長

印

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 条 第 項の規定  
により、次のとおり処遇の改善を命ずる。

|                                           |    |             |
|-------------------------------------------|----|-------------|
| 入院患者氏名                                    |    |             |
| 生 年 月 日                                   |    | 年 月 日 ( 歳 ) |
| 住 所                                       |    |             |
| 処遇の<br>改善のた<br>めに採る<br>べき措置<br>及びその<br>理由 | 措置 |             |
|                                           | 理由 |             |

(不服申し立てについて)

- 1 この処分についての審査請求は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、千葉県知事に対してすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴訟は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、千葉市を被告として提起することができます。

(様式第42号)

第 号  
年 月 日

様

千葉市長



審査結果通知書

年 月 日に請求のありました次の者に係る退院等の請求について、  
千葉市精神医療審査会で審査をした結果は下記のとおりですので通知します。

記

|                   |  |         |             |
|-------------------|--|---------|-------------|
| 氏 名               |  | 生 年 月 日 | 年 月 日 ( 歳 ) |
| 住 所               |  |         |             |
| 請 求 内 容           |  |         |             |
| 医 療 機 関           |  |         |             |
| 審 査 結 果           |  |         |             |
| 審査結果に基づ<br>き採った措置 |  |         |             |
| そ の 他             |  |         |             |