

| 改正案 | 現 行 |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則</p> <p>第一条～第三条 (略)</p> <p>(精神保健診察命令書の交付)</p> <p>第四条 知事は、法第三十四条第一項若しくは第三項、第三十八条の六第一項、第三十八条の七第二項、<u>第四十条の五第一項又は</u>第四十五条の二第四項の規定により精神保健指定医（以下「指定医」という。）をして診察をさせようとするときは、様式第四号の精神保健診察命令書を当該指定医に交付するものとする。</p> <p>2 (略)</p> <p>(措置入院に関する診断書等の提出)</p> <p>第五条 指定医は、精神保健診察命令書による診察（法第三十四条第一項又は第三項の規定によるものを除く。）をしたときは、様式第五号の措置入院に関する診断書（法第三十八条の六第一項、<u>第三十八条の七第二項又は第四十条の五第一項</u>の規定による診察をした場合にあつては様式第六号の入院者診断書、法第四十五条の二第四項の規定による診察をした場合にあつては様式第七号の診断書（精神障害者保健福祉手帳用））を作成し、速やかに精神保健診察命令書を交付した知事、保健所長又は埼玉県立精神保健福祉センター長に提出しなければならない。</p> <p>第六条～第十二条 (略)</p> <p>(医療保護入院者の入院届等)</p> <p>第十三条 <u>法第三十三条第九項の規定による届出は、次の各号に掲げる届出の区分に応じ、当該各号に定める書類により行うものとする。</u></p> <p><u>一 法第三十三条第一項の規定による入院措置に係る届出 様式第十五</u></p> | <p style="text-align: center;">精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則</p> <p>第一条～第三条 (略)</p> <p>(精神保健診察命令書の交付)</p> <p>第四条 知事は、法第三十四条第一項若しくは第三項、第三十八条の六第一項、第三十八条の七第二項<u>又は</u>第四十五条の二第四項の規定により精神保健指定医（以下「指定医」という。）をして診察をさせようとするときは、様式第四号の精神保健診察命令書を当該指定医に交付するものとする。</p> <p>2 (略)</p> <p>(措置入院に関する診断書等の提出)</p> <p>第五条 指定医は、精神保健診察命令書による診察（法第三十四条第一項又は第三項の規定によるものを除く。）をしたときは、様式第五号の措置入院に関する診断書（法第三十八条の六第一項<u>又は第三十八条の七第二項</u>の規定による診察をした場合にあつては様式第六号の入院者診断書、法第四十五条の二第四項の規定による診察をした場合にあつては様式第七号の診断書（精神障害者保健福祉手帳用））を作成し、速やかに精神保健診察命令書を交付した知事、保健所長又は埼玉県立精神保健福祉センター長に提出しなければならない。</p> <p>第六条～第十二条 (略)</p> <p>(医療保護入院者の入院届等)</p> <p>第十三条 <u>法第三十三条第七項の規定による届出は、同条第一項又は第二項の規定による措置に係るものにあつては様式第十五号の入院届により、同条第三項後段の規定による措置に係るものにあつては様式第十六号の入院届により行うものとし、同条第七項に規定する同意書の様式は様式第十七号のとおりとする。</u></p> |

| 改正案 | 現 行 |
|---|--|
| <p><u>号の入院届及び様式第十七号の同意書</u></p> <p><u>二 法第三十三条第二項の規定による入院措置に係る届出 様式第十五号の入院届及び市町村長からの同意書</u></p> <p><u>三 法第三十三条第三項後段の規定による入院措置に係る届出 様式第十六号の入院届及び様式第十七号の同意書又は市町村長からの同意書</u></p> <p><u>四 法第三十三条第六項の規定による入院の期間の更新に係る届出 様式第十七号の二の更新届及び様式第十七号の三の同意書又は市町村長からの同意書</u></p> <p>第十四条 (略)</p> <p>(応急入院届)</p> <p>第十五条 法<u>第三十三条の六第五項</u>の規定による届出は、同条第一項の規定による<u>入院措置</u>に係るものにあつては様式第十九号の応急入院届により、同条第二項後段の規定による<u>入院措置</u>に係るものにあつては様式第二十号の応急入院届により行うものとする。</p> <p>(入院者の定期病状報告)</p> <p>第十六条 法第三十八条の二第一項の規定による報告は様式第二十一号の措置入院者の定期病状報告書により行うものとする。</p> <p><u>(措置入院決定報告書)</u></p> <p><u>第十六条の二 法第三十八条の三第一項の規定による通知(法第二十九条第一項の規定による入院措置に係るものに限る。)は、様式第二十二号の措置入院決定報告書により行うものとする。</u></p> <p>第十七条～第二十五条 (略)</p> <p>様式第1号～様式第4号 (略)</p> | <p>第十四条 (略)</p> <p>(応急入院届)</p> <p>第十五条 法<u>第三十三条の七第五項</u>の規定による届出は、同条第一項の規定による<u>措置</u>に係るものにあつては様式第十九号の応急入院届により、同条第二項後段の規定による<u>措置</u>に係るものにあつては様式第二十号の応急入院届により行うものとする。</p> <p>(入院者の定期病状報告)</p> <p>第十六条 法第三十八条の二第一項の規定による報告は様式第二十一号の措置入院者の定期病状報告書により行うものと<u>し、同条第二項において準用する同条第一項の規定による報告は様式第二十二号の医療保護入院者の定期病状報告書により行うものとする。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>第十七条～第二十五条 (略)</p> <p>様式第1号～様式第4号 (略)</p> |

改正案

現行

様式第5号 (第5条関係) (表)

様式第5号 (第5条関係) (表)

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) iii 検察官通報 (第24条) iv 保護観察所長通報 (第25条) 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) 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) 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 (精神障害者) | フリガナ | | 年 月 日生 (満 歳) |
| | 氏名 | (男・女) | |
| | 住所 | | |
| | 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 (推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。) | (陳述者氏名 続柄) | | |
| 初回入院期間 | 年 月 日～ | 年 月 日(入院形態) | |
| 前回入院期間 | 年 月 日～ | 年 月 日(入院形態) | |
| 初回から前回までの入院回数 | 計 回 | | |
| 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 不同意性交等 | A B | II 知能(軽度障害、中等度障害、重度障害) | |
| 5 不同意わいせつ | A B | III 記憶 | |
| 6 傷害 | A B | 1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () | |
| 7 暴行 | A B | IV 知覚 | |
| 8 恣意 | 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 減裂思考 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 無躁・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () | |
| 15 自殺企図 | A B | VII 意欲 | |
| 16 自傷 | A B | 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 | |
| 17 その他() | A B | 6 無為・無関心 7 その他 () | |
| | | VIII 自我意識 | |
| | | 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () | |
| | | IX 食行動 | |
| | | 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () | |

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) iii 検察官通報 (第24条) iv 保護観察所長通報 (第25条) 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) 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) 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 (精神障害者) | フリガナ | | 年 月 日生 (満 歳) |
| | 氏名 | (男・女) | |
| | 住所 | | |
| | 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 (推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。) | (陳述者氏名 続柄) | | |
| 初回入院期間 | 年 月 日～ | 年 月 日(入院形態) | |
| 前回入院期間 | 年 月 日～ | 年 月 日(入院形態) | |
| 初回から前回までの入院回数 | 計 回 | | |
| 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 強制性交等 | 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 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () | |
| 7 暴行 | A B | IV 知覚 | |
| 8 恣意 | 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 減裂思考 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 無躁・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 | |
| | | 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 | |
| | | 6 無為・無関心 7 その他 () | |
| | | VIII 自我意識 | |
| | | 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () | |
| | | IX 食行動 | |
| | | 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () | |

改正案

現行

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p><その他の重要な症状></p> <p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ()</p> <p>4 その他 ()</p> <p><問題行動等></p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ()</p> <p><現在の状態像></p> <p>1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態</p> <p>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</p> <p>8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()</p> |
|--|--|--|---|

| | |
|----------|--|
| 診察時の特記事項 | |
|----------|--|

| | | |
|---------|-------|---------|
| 医学的総合判断 | I 要措置 | II 措置不要 |
|---------|-------|---------|

以上のとおり診断する。

年 月 日

精神保健指定医氏名

署名

(指定医番号: _____)

| | |
|-------------------------|----------------------|
| (行政における記載欄) | |
| 診察に立ち会った者 (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 | 年 月 日 午前・午後 時 分～ 時 分 |
| 職 員 氏 名 | |

| | |
|--------|--|
| 行政庁の措置 | |
|--------|--|

| | |
|-------|--|
| 行政庁メモ | |
|-------|--|

| | | | |
|---------------|----------|----------|---|
| <u>16 自 傷</u> | <u>A</u> | <u>B</u> | <p><その他の重要な症状></p> <p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ()</p> <p>4 その他 ()</p> <p><問題行動等></p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ()</p> <p><現在の状態像></p> <p>1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態</p> <p>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</p> <p>8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()</p> |
|---------------|----------|----------|---|

| | |
|----------|--|
| 診察時の特記事項 | |
|----------|--|

| | | |
|---------|-------|---------|
| 医学的総合判断 | I 要措置 | II 措置不要 |
|---------|-------|---------|

以上のとおり診断する。

年 月 日

精神保健指定医氏名

署名

| | |
|-------------------------|----------------------|
| (行政における記載欄) | |
| 診察に立ち会った者 (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 | 年 月 日 午前・午後 時 分～ 時 分 |
| 職 員 氏 名 | |

| | |
|--------|--|
| 行政庁の措置 | |
|--------|--|

| | |
|-------|--|
| 行政庁メモ | |
|-------|--|

| 改正案 | 現 行 |
|--|---|
| <p>様式第5号（第5条関係）（裏）</p> <p>記 載 上 の 留 意 事 項</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 | <p>様式第5号（第5条関係）（裏）</p> <p>記 載 上 の 留 意 事 項</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 |

改正案

現行

様式第6号(第5条関係)(表)

入院者診断書

| 入院形態 | i 措置入院 ii 医療保護入院 iii 任意入院 | | |
|-----------------|---------------------------|-------------|---------|
| 被診察者 (精神障害者) | フリガナ | | 生年月日 |
| | 氏名 | (男・女) | |
| | 住所 | | |
| 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() | |

様式第6号(第5条関係)(表)

入院者診断書

| 入院形態 | i 措置入院 ii 医療保護入院 iii 任意入院 | | |
|-----------------|---------------------------|-------------|---------|
| 被診察者 (精神障害者) | フリガナ | | 生年月日 |
| | 氏名 | (男・女) | |
| | 住所 | | |
| 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() | |

| 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(該当のローマ数字及び算用数字を○で囲むこと。) |
|---------------------------------|-----|--|
| 1 殺人 | A B | <現在の精神症状> I 意識 |
| 2 放火 | A B | 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう |
| 3 強盗 | A B | 4 その他() |
| 4 不同意性交等 | A B | II 知能(軽度障害、中等度障害、重度障害) |
| 5 不同意わいせつ | A B | III 記憶 |
| 6 傷害 | A B | 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 |
| 7 暴行 | A B | 4 その他() |
| 8 恐喝 | A B | IV 知覚 |
| 9 脅迫 | A B | 1 幻聴 2 幻視 3 その他() |
| 10 窃盗 | A B | V 思考 |
| 11 器物損壊 | A B | 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 |
| 12 弄火又は失火 | A B | 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 |
| 13 家宅侵入 | A B | 7 強迫観念 8 その他() |
| | | VI 感情・情動 |
| | | 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 |
| | | 4 感情失禁 5 焦燥・激越 |
| | | 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他() |
| | | VII 意欲 |
| | | 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 |
| | | 5 精神運動制止 6 無為・無関心 |
| | | 7 その他() |

| 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(該当のローマ数字及び算用数字を○で囲むこと。) |
|---------------------------------|-----|--|
| 1 殺人 | A B | <現在の精神症状> I 意識 |
| 2 放火 | A B | 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう |
| 3 強盗 | A B | 4 その他() |
| 4 強制的性交等 | A B | II 知能(軽度障害、中等度障害、重度障害) |
| 5 強制的わいせつ | A B | III 記憶 |
| 6 傷害 | A B | 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 |
| 7 暴行 | A B | 4 その他() |
| 8 恐喝 | A B | IV 知覚 |
| 9 脅迫 | A B | 1 幻聴 2 幻視 3 その他() |
| 10 窃盗 | A B | V 思考 |
| 11 器物損壊 | A B | 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 |
| 12 弄火又は失火 | A B | 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 |
| 13 家宅侵入 | A B | 7 強迫観念 8 その他() |
| | | VI 感情・情動 |
| | | 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 |
| | | 4 感情失禁 5 焦燥・激越 |
| | | 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他() |
| | | VII 意欲 |
| | | 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 |
| | | 5 精神運動制止 6 無為・無関心 |
| | | 7 その他() |

改正案

現行

| | | | |
|-----------------|---|---|---|
| 14 詐欺等の経済的な問題行動 | A | B | VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () |
| 15 自殺企図 | | | |
| 16 自傷 | A | B | IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () |
| 17 その他 () | A | B | <その他の重要な症状> 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () |
| | A | B | <問題行動等> 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () |
| | A | B | <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 () |

| | | | |
|-----------------|---|---|---|
| 14 詐欺等の経済的な問題行動 | A | B | VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () |
| 15 自殺企図 | | | |
| 16 自傷 | A | B | IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () |
| 17 その他 () | A | B | <その他の重要な症状> 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () |
| | A | B | <問題行動等> 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () |
| | A | B | <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 () |

| | | | |
|--|--------|---------------------------------|--|
| 診察時の特記事項 | | | |
| 医学的総合判断 | 措置入院者 | i 要措置 ii 措置解除 (要入院医療、要入院外医療) | |
| | その他入院者 | i 要入院継続 ii 入院継続不要 | |
| 以上のとおり診断する。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 精神保健指定医氏名 署名 | | | |

| | | | |
|--|--------|---------------------------------|--|
| 診察時の特記事項 | | | |
| 医学的総合判断 | 措置入院者 | i 要措置 ii 措置解除 (要入院医療、要入院外医療) | |
| | その他入院者 | i 要入院継続 ii 入院継続不要 | |
| 以上のとおり診断する。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 精神保健指定医氏名 署名 | | | |

| | | | | | |
|--------|--|-----|-------|--------|--|
| 診察場所 | | 診察日 | 年 月 日 | 立会職員氏名 | |
| 行政庁の措置 | | | | | |

| | | | | | |
|--------|--|-----|-------|--------|--|
| 診察場所 | | 診察日 | 年 月 日 | 立会職員氏名 | |
| 行政庁の措置 | | | | | |

| 改正案 | 現 行 |
|--|--|
| <p>様式第6号（第5条関係）（裏）</p> <p>記 載 上 の 留 意 事 項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 生活歴及び現病歴は、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に含むこと。 3 <u>重大な問題行動の欄</u>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。 4 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数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。 5 診察時の特記事項の欄は、被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象等について記載すること。 6 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。 7 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。 <p>様式第7号～様式第14号（略）</p> | <p>様式第6号（第5条関係）（裏）</p> <p>記 載 上 の 留 意 事 項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 生活歴及び現病歴は、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に含むこと。 3 <u>初回及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。</u> 4 <u>問題行動の欄</u>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。 <p>様式第7号～様式第14号（略）</p> |

| 改正案 | 現行 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------|---------|--------|--------|----|-------|----|-------|--|----|--|--|--|------------------|-------|----------|-------|--|-------------------|-------|------|--|--|---------------|-------|--|--|--|-----|-----------|-----------|---------|--|--------------|--------------|--|--|--------------------------------------|--|--|--|--|---|-------------|--|--|--|--------|----------------------|--|--|--|--------|----------------------|--|--|--|---------------|-----|--|--|--|-----------|------|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--------|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|---------------------|--|--|--|------|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|-------------------------|--|--|--|----------|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|---------|------|--|----|--------|----|-------|----|-------|--|----|--|--|--|------------------|-------|----------|-------|--|-------------------|-------|------|--|--|---------------|-------|--|--|--|-----|-----------|-----------|---------|--|--------------|--------------|--|--|--------------------------------------|--|--|--|--|---|-------------|--|--|--|--------|----------------------|--|--|--|--------|----------------------|--|--|--|---------------|-----|--|--|--|-----------|------|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--------|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|---------------------|--|--|--|------|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|-------------------------|--|--|--|----------|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|
| 様式第15号（第13条関係）（表） 医療保護入院者の入院届 年 月 日 (宛先) 埼玉県知事 病院名 所在地 管理者名 | 様式第15号（第13条関係）（表） 医療保護入院者の入院届 年 月 日 (宛先) 埼玉県知事 病院名 所在地 管理者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width:15%;">医療保護入院者</td> <td style="width:15%;">フリガナ</td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:10%;">生年</td> <td style="width:10%;">年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>(男・女)</td> <td>月日</td> <td>(満 歳)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>住所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>家族等の同意により入院した年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>今回の入院年月日</td> <td colspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>今回の医療保護入院の入院満了年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>入院形態</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>法第34条による移送の有無</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">病 名</td> <td>1 主たる精神障害</td> <td>2 従たる精神障害</td> <td colspan="2">3 身体合併症</td> </tr> <tr> <td>ICDカテゴリー ()</td> <td>ICDカテゴリー ()</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>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。)</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>(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。)</td> <td colspan="4" style="text-align: right;">(陳述者氏名 続柄)</td> </tr> <tr> <td>初回入院期間</td> <td colspan="4">年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)</td> </tr> <tr> <td>前回入院期間</td> <td colspan="4">年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)</td> </tr> <tr> <td>初回から前回までの入院回数</td> <td colspan="4">計 回</td> </tr> <tr> <td rowspan="6"><現在の精神症状></td> <td colspan="4">I 意識</td> </tr> <tr> <td colspan="4">1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="4">II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">III 記憶</td> </tr> <tr> <td colspan="4">1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="4">IV 知覚</td> </tr> <tr> <td colspan="4">1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="4">V 思考</td> </tr> <tr> <td colspan="4">1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸</td> </tr> <tr> <td colspan="4">6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="4">VI 感情・情動</td> </tr> <tr> <td colspan="4">1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁</td> </tr> <tr> <td colspan="4">5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()</td> </tr> </table> | 医療保護入院者 | フリガナ | | 生年 | 年 月 日生 | 氏名 | (男・女) | 月日 | (満 歳) | | 住所 | | | | 家族等の同意により入院した年月日 | 年 月 日 | 今回の入院年月日 | 年 月 日 | | 今回の医療保護入院の入院満了年月日 | 年 月 日 | 入院形態 | | | 法第34条による移送の有無 | 有 ・ 無 | | | | 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。) | | | | | (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。) | (陳述者氏名 続柄) | | | | 初回入院期間 | 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) | | | | 前回入院期間 | 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) | | | | 初回から前回までの入院回数 | 計 回 | | | | <現在の精神症状> | I 意識 | | | | 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () | | | | II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害) | | | | III 記憶 | | | | 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () | | | | IV 知覚 | | | | 1 幻聴 2 幻視 3 その他 () | | | | V 思考 | | | | 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 | | | | 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () | | | | VI 感情・情動 | | | | 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 | | | | 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () | | | | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width:15%;">医療保護入院者</td> <td style="width:15%;">フリガナ</td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:10%;">生年</td> <td style="width:10%;">年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>(男・女)</td> <td>月日</td> <td>(満 歳)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>住所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>家族等の同意により入院した年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>今回の入院年月日</td> <td colspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>今回の医療保護入院の入院満了年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>入院形態</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>法第34条による移送の有無</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">病 名</td> <td>1 主たる精神障害</td> <td>2 従たる精神障害</td> <td colspan="2">3 身体合併症</td> </tr> <tr> <td>ICDカテゴリー ()</td> <td>ICDカテゴリー ()</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>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。)</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>(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。)</td> <td colspan="4" style="text-align: right;">(陳述者氏名 続柄)</td> </tr> <tr> <td>初回入院期間</td> <td colspan="4">年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)</td> </tr> <tr> <td>前回入院期間</td> <td colspan="4">年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)</td> </tr> <tr> <td>初回から前回までの入院回数</td> <td colspan="4">計 回</td> </tr> <tr> <td rowspan="6"><現在の精神症状></td> <td colspan="4">I 意識</td> </tr> <tr> <td colspan="4">1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="4">II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">III 記憶</td> </tr> <tr> <td colspan="4">1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="4">IV 知覚</td> </tr> <tr> <td colspan="4">1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="4">V 思考</td> </tr> <tr> <td colspan="4">1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸</td> </tr> <tr> <td colspan="4">6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="4">VI 感情・情動</td> </tr> <tr> <td colspan="4">1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁</td> </tr> <tr> <td colspan="4">5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()</td> </tr> </table> | 医療保護入院者 | フリガナ | | 生年 | 年 月 日生 | 氏名 | (男・女) | 月日 | (満 歳) | | 住所 | | | | 家族等の同意により入院した年月日 | 年 月 日 | 今回の入院年月日 | 年 月 日 | | 今回の医療保護入院の入院満了年月日 | 年 月 日 | 入院形態 | | | 法第34条による移送の有無 | 有 ・ 無 | | | | 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。) | | | | | (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。) | (陳述者氏名 続柄) | | | | 初回入院期間 | 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) | | | | 前回入院期間 | 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) | | | | 初回から前回までの入院回数 | 計 回 | | | | <現在の精神症状> | I 意識 | | | | 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () | | | | II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害) | | | | III 記憶 | | | | 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () | | | | IV 知覚 | | | | 1 幻聴 2 幻視 3 その他 () | | | | V 思考 | | | | 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 | | | | 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () | | | | VI 感情・情動 | | | | 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 | | | | 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () | | | |
| 医療保護入院者 | | フリガナ | | 生年 | 年 月 日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | (男・女) | 月日 | (満 歳) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族等の同意により入院した年月日 | 年 月 日 | 今回の入院年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今回の医療保護入院の入院満了年月日 | 年 月 日 | 入院形態 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法第34条による移送の有無 | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。) | (陳述者氏名 続柄) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初回入院期間 | 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回入院期間 | 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初回から前回までの入院回数 | 計 回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <現在の精神症状> | I 意識 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | III 記憶 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IV 知覚 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 幻聴 2 幻視 3 その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| V 思考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VI 感情・情動 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保護入院者 | フリガナ | | 生年 | 年 月 日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | (男・女) | 月日 | (満 歳) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族等の同意により入院した年月日 | 年 月 日 | 今回の入院年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今回の医療保護入院の入院満了年月日 | 年 月 日 | 入院形態 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法第34条による移送の有無 | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。) | (陳述者氏名 続柄) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初回入院期間 | 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回入院期間 | 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初回から前回までの入院回数 | 計 回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <現在の精神症状> | I 意識 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | III 記憶 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IV 知覚 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 幻聴 2 幻視 3 その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| V 思考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VI 感情・情動 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

改正案

現行

| | |
|------------------------------------|---|
| <その他の重要な症状> <問題行動等> <現在の状態像> | VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 () VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 () |
| | 医療保護入院の必要性 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。) |
| 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名 | 署名 |
| 選任された退院後生活環境相談員の氏名 | |
| 同意をした家族等 | 氏名 (男・女) 続柄 生年月日 年 月 日生 |
| | 氏名 (男・女) 続柄 生年月日 年 月 日生 |
| | 住所 |
| | 1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者 (選任年月日 年 月 日) 8 市町村長 |
| 審査会意見 | |
| 都道府県の措置 | |

| | |
|------------------------------------|---|
| <その他の重要な症状> <問題行動等> <現在の状態像> | VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 () VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 () |
| | 医療保護入院の必要性 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。) |
| 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名 | 署名 |
| 同意をした家族等 | 氏名 (男・女) 続柄 生年月日 年 月 日生 |
| | 氏名 (男・女) 続柄 生年月日 年 月 日生 |
| | 住所 |
| | 1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者 (選任年月日 年 月 日) 8 市町村長 |
| 審査会意見 | |
| 都道府県の措置 | |

| 改正案 | 現行 |
|---|--|
| <p>様式第15号（第13条関係）（裏） 記載上の留意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、法第34条による移送が行われた場合には、この欄は、記載する必要がないこと。 2 今回の入院年月日の欄は、今回<u>貴病院</u>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（特別措置による入院を含む。その場合は、「特別措置入院」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、入院した年月日も併せて記載すること。 <u>3 今回の医療保護入院の入院満了年月日の欄は、家族等の同意により入院した日から3月を上限とした年月日を記載すること。</u> <u>4</u> 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。 <u>5</u> 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。 <u>6</u> 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。 <u>7</u> 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。 <u>8</u> 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。 <u>9</u> 同意をした家族等の氏名の欄は、親権者が両親の場合はいずれも記載すること。 <u>10</u> 同意をした家族等の住所の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。 <u>11</u> 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。 <u>12</u> 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。 | <p>様式第15号（第13条関係）（裏） 記載上の留意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、法第34条による移送が行われた場合には、この欄は、記載する必要がないこと。 2 今回の入院年月日の欄は、今回<u>貴院</u>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（特別措置による入院を含む。その場合は、「特別措置入院」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、入院した年月日も併せて記載すること。 <u>3</u> 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。 <u>4</u> 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。 <u>5</u> 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。 <u>6</u> 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。 <u>7</u> 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。 <u>8</u> 同意をした家族等の氏名の欄は、親権者が両親の場合はいずれも記載すること。 <u>9</u> 同意をした家族等の住所の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。 <u>10</u> 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。 <u>11</u> 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。 |

改正案

様式第17号（第13条関係）

医療保護入院に関する家族等同意書

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（ （遷任年月日 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又は本人と訴訟をした者の配偶者若しくは直系血族 ②家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人又は補助人 ③本人に対する虐待等（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精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第1項の規定による同意又は不同意の意思表示を適切に行うに当たつて必要な認知、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、両親とも同意の上記載してください。

以上について、事実と相違ないことを確認した上で、同意の対象となる精神障害者本人を貴病院に入院させることに同意します。

病院管理者 様

年 月 日

氏名

氏名

現 行

様式第17号（第13条関係）

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（ （遷任年月日 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又は本人と訴訟をした者の配偶者若しくは直系血族 ②家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人又は補助人 ③本人に対する虐待等（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精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第1項の規定による同意又は不同意の意思表示を適切に行うに当たつて必要な認知、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、両親とも同意の上記載してください。

以上について、事実と相違ないことを確認した上で、同意の対象となる精神障害者本人を貴病院に入院させることに同意します。

病院管理者 様

年 月 日

氏名

氏名

改正案

現行

様式第17号の2 (第13条関係) (表)

(新設)

医療保護入院者の入院期間更新届

(宛先) 埼玉県知事 年 月 日

埼玉県知事

病院名
所在地
管理者名

| | | | | | |
|---|--|--------------|---------|------|----------------|
| 医療保護入院者 | フリガナ | | | 生年月日 | 年 月 日 (満 歳) |
| | 氏名 | (男・女) | | | |
| | 住所 | | | | |
| 医療保護入院年月日 (第33条第1項又は第2項による入院) | 年 月 日 | 今回の入院年月日 | 年 月 日 | | |
| | | 入院形態 | | | |
| 入院届又は前回の入院期間更新届での入院期間 | ～ 年 月 日 | 本更新後の入院満了年月日 | 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() | | | |
| 入院又は前回更新日からの治療の内容と、その結果(更新前の入院期間に係る病状又は状態像の経過の概要) | | | | | |
| 症状の経過 | 1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向 | | | | |
| <現在の精神症状> | I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他() II 知能(軽度障害、中等度障害、重度障害) III 記憶 1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他() IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他() V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他() VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他() VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他() VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他() IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他() | | | | |
| <その他の重要な症状> | 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存() 4 その他() | | | | |
| <問題行動等> | 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他() | | | | |

改正案

現行

| | |
|--|--|
| <現在の状態像> | 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 () |
| 医療保護入院の必要性 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。) | |
| 今後の治療方針(患者本人の病識や治療への意欲を得るための取組等を含む。) | |
| 本更新に係る診察の年月日 | 年 月 日 |
| 更新が必要と診断した精神保健指定医氏名 | 署名 |
| 退院に向けた取組の状況 (選任された退院後生活療養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の審議内容等について) | 医療保護入院者退院支援委員会での審議が行われた年月日 (年 月 日) |
| 今回の更新の直前の入院又は更新に同意をした家族等 | 氏名 (男・女) 続柄 生年月日 年 月 日生 |
| | 氏名 (男・女) 続柄 生年月日 年 月 日生 |
| 住所 | |
| 1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者(選任年月日 年 月 日) 8 市町村長 | |
| 今回の更新に同意をした家族等 (上記の家族等と同じ場合は記載不要) | 氏名 (男・女) 続柄 生年月日 年 月 日生 |
| | 氏名 (男・女) 続柄 生年月日 年 月 日生 |
| 住所 | |
| 1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者(選任年月日 年 月 日) 8 市町村長 | |
| 法第33条第8項の規定に基づき、家族等の同意を得たものとみなした場合は、その旨等 | <input type="checkbox"/> 法第33条第8項の規定に基づき、家族等の同意を得たものとみなした |
| | 家族等へ通知を發した日 年 月 日 家族等に示した回答期限 年 月 日 (回答期限は、通知を發した日から2週間を経過した日であることに留意) |
| | 通知をした家族等との連絡等の記録(直近2件) 年 月 日(□面会 □電話 □その他()) 年 月 日(□面会 □電話 □その他()) |
| 審査会意見 | |
| 都道府県の措置 | |

| 改正案 | 現 行 |
|--|--|
| <p style="text-align: center;"><u>様式第17号の2 (第13条関係) (裏)</u> 記 載 上 の 留 意 事 項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 内は、今回の更新にあたって行われた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3項入院」、「第33条第2項・第3項入院」又は「第33条の6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 本更新後の入院満了年月日の欄は、医療保護入院者退院支援委員会で審議された入院期間に留意した上で、当該医療保護入院から6月を経過するまでの間は3月、入院から6月を経過した後は6月を上限とした期限を定めて記載すること。 4 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数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。 5 更新が必要と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。 6 退院に向けた取組の状況の欄については、今回の更新にあたって医療保護入院者退院支援委員会の審議が行われた年月日を記載すること。また、令和5年11月27日付障発1127第7号「措置入院者及び医療保護入院者の退院促進に関する措置について」（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の別添様式2「医療保護入院者退院支援委員会審議記録」の写しを添付すること。 その上で、 <ol style="list-style-type: none"> (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内容等 について記載すること。 7 同意をした家族等の氏名の欄は、親権者が両親の場合はいずれも記載すること。 8 同意をした家族等の住所の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。 9 法第33条第8項の規定に基づき、家族等の同意を得たものとみなす場合は、「法第33条第8項の規定に基づき、家族等の同意を得たものとみなした」に重点を入れることとし、同意書の添付は不要であること。ただし、法第33条第6項による入院の更新に関する同意の通知をした時から更新するまでの間に、当該通知に係る家族等が、 <ol style="list-style-type: none"> (1) 法第5条第2項に規定する家族等に該当しなくなつたとき (2) 死亡したとき (3) 意思を表示できないとき のいずれかの事由に該当すると把握した場合には、同意を得たものとみなすことができないことに留意すること。また、同意を得たものとみなす場合は、通知をした家族等との連絡等の記録（直近2件）の欄に、直前の入院期間中、通知をした家族等と直近2回の連絡を取った際の年月日及び手段について記載すること（通知をした家族等が親権者の両親である場合は、父又は母のいずれかと直近2回の連絡を取った際の年月日及び手段について記載すること。）。 10 今回の更新に同意をした家族等の欄に記載がある場合は、法第33条第8項による同意を得たものとみなさないことに留意すること。 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。 | <p style="text-align: center;"><u>(新設)</u></p> |

改正案

現行

様式第17号の3 (第13条関係)

(新設)

医療保護入院期間の更新に関する家族等同意書

1 医療保護入院期間の更新に関する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 医療保護入院期間の更新に関する同意者の申告事項

| | | |
|------|-------|-------|
| 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又は本人と訴訟をした者の配偶者若しくは直系血族 ②家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人又は補助人 ③本人に対する虐待等 (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精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第1項の規定による同意又は不同意の意思表示を適切に行うに当たつて必要な認知、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、両親とも同意の上記載してください。

以上について、事実と相違ないことを確認した上で、同意の対象となる精神障害者本人について貴病院における入院の期間を更新させることに同意します。

病院管理者 様

年 月 日

氏名

氏名

様式第18号・様式第19号 (略)

様式第18号・様式第19号 (略)

| 改正案 | | | | | 現行 | | | | | | | | |
|---|-------------|-------|-------------|------|---|-------|------|-------------|--|-------------|--------|---------|--|
| 様式第20号（第15条関係）（表） 特定医師による応急入院届（法第33条の6第2項） | | | | | 様式第20号（第15条関係）（表） 特定医師による応急入院届（法第33条の7第2項） | | | | | | | | |
| (宛先) 埼玉県知事 | | | | | (宛先) 埼玉県知事 | | | | | | | | |
| 病院名 所在地 管理者名 | | | | | 病院名 所在地 管理者名 | | | | | | | | |
| 応急入院者 | フリガナ | | | 生年月日 | 年 月 日生 | 応急入院者 | フリガナ | | | 生年月日 | 年 月 日生 | | |
| | 氏名 | (男・女) | | | | | 氏名 | (男・女) | | | | | |
| | 住所 | | | | | | 住所 | | | | | | |
| 依頼をした者の入院者との関係 | | | | | 依頼をした者の入院者との関係 | | | | | | | | |
| 入院年月日 | | | | | 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 | | 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() | | | | | ICDカテゴリー() | | ICDカテゴリー() | | | |
| 生活歴及び現病歴 <small>(推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。)</small> | | | | | 生活歴及び現病歴 <small>(推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。)</small> | | | | | | | | |
| (陳述者氏名) 続柄 () | | | | | (陳述者氏名) 続柄 () | | | | | | | | |
| 応急入院の必要性 <small>(患者自身の病気に對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。)</small> | | | | | 応急入院の必要性 <small>(患者自身の病気に對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。)</small> | | | | | | | | |
| 初回入院期間 | | | | | 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) () | | | | | | | | |
| 前回入院期間 | | | | | 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) () | | | | | | | | |
| 初回から前回までの入院回数 | | | | | 計 回 | | | | | | | | |
| <現在の精神症状> | | | | | <現在の精神症状> | | | | | | | | |
| I 意識 | | | | | I 意識 | | | | | | | | |
| 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他() | | | | | 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他() | | | | | | | | |
| II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害) | | | | | II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害) | | | | | | | | |
| III 記憶 | | | | | III 記憶 | | | | | | | | |
| 1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他() | | | | | 1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他() | | | | | | | | |
| IV 知覚 | | | | | IV 知覚 | | | | | | | | |
| 1 幻聴 2 幻視 3 その他() | | | | | 1 幻聴 2 幻視 3 その他() | | | | | | | | |
| V 思考 | | | | | V 思考 | | | | | | | | |
| 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他() | | | | | 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他() | | | | | | | | |
| VI 感情・情動 | | | | | VI 感情・情動 | | | | | | | | |
| 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他() | | | | | 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他() | | | | | | | | |

改正案

現行

| | |
|--|---|
| <その他の重要な症状> <問題行動等> <現在の状態像> | VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 () VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 () |
|--|---|

| | |
|---|--|
| 応急入院を採った理由 [家族等の同意を得ることのできなかった理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること。] | |
|---|--|

| | |
|-----------------|----|
| 入院を必要と認めた特定医師氏名 | 署名 |
|-----------------|----|

| | | | |
|---------------|----|------|--------------------|
| 確認した精神保健指定医氏名 | 署名 | 診察日時 | 年 月 日 (午前・午後 時) |
|---------------|----|------|--------------------|

| | |
|-----------------------|--|
| 指定医が入院妥当でないと判断した場合の理由 | |
|-----------------------|--|

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

様式第20号(裏) (略)

| | |
|--|---|
| <その他の重要な症状> <問題行動等> <現在の状態像> | VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 () VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 () |
|--|---|

| | |
|---|--|
| 応急入院を採った理由 [家族等の同意を得ることのできなかった理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること。] | |
|---|--|

| | |
|-----------------|----|
| 入院を必要と認めた特定医師氏名 | 署名 |
|-----------------|----|

| | | | |
|---------------|----|------|--------------------|
| 確認した精神保健指定医氏名 | 署名 | 診察日時 | 年 月 日 (午前・午後 時) |
|---------------|----|------|--------------------|

| | |
|-----------------------|--|
| 指定医が入院妥当でないと判断した場合の理由 | |
|-----------------------|--|

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

様式第20号(裏) (略)

| 改正案 | | | | | 現 行 | | | | |
|--|---|--|----------------|-----------------|--|--|-------------|----------------|-----------------|
| 様式第21号（第16条関係）（表） 措置入院者の定期病状報告書 | | | | | 様式第21号（第16条関係）（表） 措置入院者の定期病状報告書 | | | | |
| 年 月 日 | | | | | 年 月 日 | | | | |
| (宛先) 埼玉県知事 | | | | | (宛先) 埼玉県知事 | | | | |
| 病院名 所在地 管理者名 | | | | | 病院名 所在地 管理者名 | | | | |
| 措置入院者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日生 (満 歳) | 措置入院者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日生 (満 歳) |
| | 氏名 | (男・女) | | | | 氏名 | (男・女) | | |
| | 住所 | | | | | 住所 | | | |
| 措置年月日 | 年 月 日 | | 今 回 の 入院年月日 | 年 月 日 | 措置年月日 | 年 月 日 | | 今 回 の 入院年月日 | 年 月 日 |
| | | | 入院形態 | | | | | 入院形態 | |
| 前回の定期報告年月日 | 年 月 日 | | | | 前回の定期報告年月日 | 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 | | 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() | | | | ICDカテゴリー() | ICDカテゴリー() | | |
| 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 | 生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕 | (陳述者氏名 _____ 続柄 _____) | | | |
| 過去6か月間(措置入院後3か月の場合は3か月間)の治療の内容とその結果を記載すること。 〔問題行動を中心として記載すること。〕 | | | | | 初回入院期間 | 年 月 日～ 年 月 日(入院形態 _____) | | | |
| 今後の治療方針(自傷他害の再発防止への対応含む。)を記載すること。 | | | | | 前回入院期間 | 年 月 日～ 年 月 日(入院形態 _____) | | | |
| 処 遇、 看 護 及 び 指 導 の 現 状 | 隔 離 | i 多用 ii 時々 iii ほとんど不要 | | | 初回から前回までの 入 院 回 数 | 計 _____ 回 | | | |
| | 注意必要度 | i 常に厳重な注意 ii 随時一応の注意 iii ほとんど不要 | | | | 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 |
| 退院に向けた取組の状況 (選任された退院後生活環境相談員との相談状況、 地域援助事業者の紹介状況等について) | 日常生活の介助指導必要性 | i 極めて手間のかかる介助 ii 比較的簡単な介助と指導 iii 生活指導を要する iv その他() | | | 過去6か月間(措置入院後3か月の場合は3か月間)の治療の内容とその結果を記載すること。 〔問題行動を中心として記載すること。〕 | | | | |
| | 選任された退院後生活環境相談員() 地域援助事業者の紹介について 本人や家族等からの求め又は必要性の有無 (あり・なし) 上記で「あり」の場合の紹介状況() | | | | 今後の治療方針(自傷他害の再発防止への対応含む。)を記載すること。 | | | | |
| 処 遇、 看 護 及 び 指 導 の 現 状 | 隔 離 | i 多用 ii 時々 iii ほとんど不要 | | | 日常生活の介助指導必要性 | i 極めて手間のかかる介助 ii 比較的簡単な介助と指導 iii 生活指導を要する iv その他() | | | |
| | 注意必要度 | i 常に厳重な注意 ii 随時一応の注意 iii ほとんど不要 | | | | | | | |

| 改正案 | 現 行 |
|--|--|
| <p>様式第21号（第16条関係）（裏）</p> <p style="text-align: center;">記載上の留意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 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（特例措置による入院を含む。その場合は「特例措置入院」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 <u>退院に向けた取組の状況の欄については、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や、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について記載すること。</u> 4 <u>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。</u> 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 <u>診察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。</u> 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。 | <p>様式第21号（第16条関係）（裏）</p> <p style="text-align: center;">記載上の留意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 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（特例措置による入院を含む。その場合は「特例措置入院」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 <u>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。</u> 4 <u>生活歴及び現病歴の欄は、前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。</u> 5 <u>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。</u> 6 <u>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。</u> 7 <u>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。</u> 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 <u>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。</u> 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。 |

改正案

現行

様式第22号(第16条の2関係)

様式第22号(第16条関係)

措置入院決定報告書

(表)

医療保護入院者の定期病状報告書

年 月 日

年 月 日

埼玉県精神医療審査会 様

(宛先)

埼玉県知事

埼玉県知事

病院名
所在地
管理者名

下記の措置入院者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の3第1項の規定により通知します。

| | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------|------|-------------|
| 申請等の形式 | i 親族又は一般人申請(第22条) ii 警察官通報(第23条) iii 検察官通報(第24条) iv 保護観察所長通報(第25条) 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) 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) viii 都道府県知事・指定都市市長職務診察(第27条第2項) | | | |
| 措置入院中の精神科病院 | 名称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 措置入院者(精神障害者) | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日生(満 歳) |
| | 氏名 | (男・女) | | |
| | 住所 | | | |
| 措置診察を行った年月日及び精神保健指定医の氏名 | 年 月 日 | | | |
| | 精神保健指定医氏名 | (指定医番号:) | | |
| 措置診察を行った年月日及び精神保健指定医の氏名 | 年 月 日 | | | |
| | 精神保健指定医氏名 | (指定医番号:) | | |
| 法第29条の2の第1項の規定による移送の有無(措置診察後の移送の有無) | i あり ii なし | | | |

記載上の留意事項

- 1 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字を○で囲むこと。
- 2 法第27条第1項又は第2項に基づき行われた精神保健指定医による診察の判定内容(病名及び症状を含む。)については、該当する診察の際に作成された「措置入院に関する診断書(様式第5号)」を添付すること。

| | | | | |
|---|---|-------------|---------|-------------|
| 医療保護入院者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日生(満 歳) |
| | 氏名 | (男・女) | | |
| | 住所 | | | |
| 医療保護入院年月日(法第33条第1項又は第2項による入院) | 年 月 日 | 今回の入院年月日 | 年 月 日 | |
| | | 入院形態 | | |
| 前回の定期報告年月日 | 年 月 日 | | | |
| 病名 | 1 主たる精神障害 | 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。) | (陳述者氏名 続柄) | | | |
| 初回入院期間 | 年 月 日～ 年 月 日(入院形態) | | | |
| 前回入院期間 | 年 月 日～ 年 月 日(入院形態) | | | |
| 初回から前回までの入院回数 | 計 回 | | | |
| 過去12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組について) | | | | |
| 退院に向けた取組の状況(選任された退院後生活環境相談員との相談状況、地域援助事業者の紹介状況、医療保護入院者退院支援委員会で決定した推定される入院期間等について) | 選任された退院後生活環境相談員 | | | |

| 改正案 | 現 行 |
|--------------------------------|--|
| <p>様式第 2 3 号～様式第 3 6 号 (略)</p> | <p>(裏)</p> <p>記 載 上 の 留 意 事 項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <input type="text"/> 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(特例措置による入院を含む。その場合は「特例措置入院」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。 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つて、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つた理由」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(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)」の欄については、 <ol style="list-style-type: none"> (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、その旨を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。 <p>様式第 2 3 号～様式第 3 6 号 (略)</p> |