

鹿児島県 知事 殿

病院名

所在地

管理者名

印

印鑑漏れがないように(管理者印を押印して下さい)→

医療保護入院者	フリガナ		生年月日	*年齢の記入漏れがないように注意して下さい。
	氏名	(男・女)		
	住所	*原則として、住民票上の住所を記載して下さい。		
家族等の同意により入院した年月日	*第33条により入院した日を記載して下さい。	今回の入院年月日	*入院形態を問わず、今回の入院が実際行われた日を記載。	
		入院形態	*医療保護入院の場合 家族等同意:医療保護(33-1) 市町村長同意:医療保護(33-3) 応急入院:第33条の7 *特定医師による入院の場合 (第33条第1項・第4項), (第33条第3項・第4項), (第33条の7・第2項) *入院形態が変更している場合 例:任意→医療保護(33-1) 措置→医療保護(33-3)	
	*記入漏れがないように 有り なし			
病名	1 主たる精神障害 2 従たる精神障害 *ICDカテゴリー欄は記載漏れがないよう、また病名と対応するよう、英字を含む3桁以上(FOO)で記載して下さい。 *てんかん性精神病は「器質性精神障害」と記載し、身体合併症に「てんかん」と記載してください。 *「〇〇病疑い」とは記載せず、暫定的でよいので、必ずICD-10に合わせた「病名」を記載するようにしてください。		3 身体合併症 *「てんかん」はこの欄に記載して下さい。	
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。)	* 他の医療機関での受診歴も聴取し、過去や現在の周辺状況・現在の入院に至った経緯、生活歴(同胞〇名中第〇子、婚姻歴、子〇人等)などについても、枠内に入る範囲で可能な限り具体的、詳細な記載をして下さい(「今回入院年月日」欄、「入院形態」欄、「家族等の同意により入院した年月日」欄とも整合性がとれるよう、日付も入れて記載して下さい)。 * 診断した病名の根拠を示す症状についても記載してください。 * いったん転院後再入院に至る場合も、その際医療保護入院が必要な状況について、簡単に構いませんので、記載して下さい。 (陳 述 者 氏 名 続 柄)			
初回入院期間	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日 (入院形態)			
前回入院期間	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日 (入院形態)			
初回から前回までの入院回数	計 回 *現病歴との整合性を確認して下さい。 *他の病院(精神保健福祉法による入院)での入院歴も含みます。入院形態が不詳の場合は、入院形態欄にその旨記載して下さい。 *途中で入院形態が変更していても、退院していなければ入院回数は1回とみなします。 *今回が初めての入院の場合は、「入院回数」に“0”と記載して下さい。			

記入漏れの多い項目です。必ず記載をお願いします。なお、原則として「カルテより」との記載は避けて下さい。

<p><現在の精神症状></p> <p><その他の重要な症状></p> <p><問題行動等></p>	<p>*一般にこの報告書作成までの過去数ヶ月間に認められた病状、問題行動等について、主として最近のものに重点を置き、該当する全てのローマ字、アルファベット及び算用数字を○で囲んで下さい。</p> <p>*アルコール依存症は医療保護入院を必要とする症状を、〈現在の精神症状〉等の欄に必ずチェックしてください。</p> <p>*てんかん発作、自殺念慮、物質依存など、医療保護入院の必要性の判断に関連する〈その他の重要な症状〉や、暴言、徘徊、不潔行為などの〈問題行動等〉があれば、該当する算用数字を○で囲んで下さい(病名欄や現病歴欄との整合性についても留意して下さい)。 暴力行為、迷惑行為、介護抵抗、多飲水等の問題行動は、「4 その他」を○で囲み、その内容を記載してください。</p>																										
<p><現在の状態像></p> <p>チェック漏れの多い項目です。該当する状態すべてにチェックをお願いします。</p>	<p>1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()</p> <p>*病名が、知的障害で、〈現在の状態像〉1~9のいずれにも該当しない場合は、「10その他(知的障害にともなう要治療状態)」と記載してください。</p>																										
<p>医療保護入院の必要性</p> <p>患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。</p>	<p>(1) 精神科的に入院治療が必要な状態にあること(具体的な精神症状) (2) 入院治療の必要性を説明したにもかかわらず入院の同意が得られないこと (3) 従って、<u>医療保護入院による治療が必要である。</u></p> <p>上記三点、特に下線部分の表現を盛り込み記載して下さい。 * (2)の部分については「作成上の留意点」に記載の必要性について追記しました。「入院治療の必要性を説明したこと」と「同意が得られなかったこと」の両方の記載がないと返戻対象となります。</p>																										
<p>入院を必要と認めた精神保健指定医氏名</p> <p>同意した家族等</p> <p>番号のチェック漏れ、記載漏れがないように。</p>	<p>署名 診断した精神保健指定医自身の署名</p> <table border="1" data-bbox="414 1064 1560 1433"> <tr> <td rowspan="2">氏名</td> <td>(男・女)</td> <td>続柄</td> <td rowspan="2">生 年 月 日</td> <td>明・大 年 月 日 生</td> </tr> <tr> <td>(男・女)</td> <td>続柄</td> <td>明・大 年 月 日 生</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">住所</td> <td>都道 郡市 町村</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>府県 区 区</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">住所</td> <td>都道 郡市 町村</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>府県 区 区</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p>1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 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 昭和・平成 年 月 日) 8 市町村長 * 市町村長同意の経緯は空欄に記載して下さい。 (例 両親死亡、兄弟の連絡先不明 など) *2 未成年者の場合は原則、親権者(両親の場合は2名)の氏名を記載してください (親権者1名の場合は 例「親権者は母親1名」と注釈を記載) *6 後見人、保佐人の場合、登記事項証明書の写し添付 *7 扶養義務者の場合、選任書の写し添付 (H26年3月末までに保護者選任を受けているおじ、おば、姪、甥はその選任書の写しで可)</p>	氏名	(男・女)	続柄	生 年 月 日	明・大 年 月 日 生	(男・女)	続柄	明・大 年 月 日 生	住所	都道 郡市 町村				府県 区 区				住所	都道 郡市 町村				府県 区 区			
氏名	(男・女)		続柄	生 年 月 日		明・大 年 月 日 生																					
	(男・女)	続柄	明・大 年 月 日 生																								
住所	都道 郡市 町村																										
	府県 区 区																										
住所	都道 郡市 町村																										
	府県 区 区																										
<p>審査会意見</p>																											
<p>都道府県の措置</p>																											

* 太枠内の訂正印→指定医の印を押印、それ以外の箇所→管理者の印を押印。