

第5号様式の2（第6条関係）

診断書（医療保護入院又は応急入院のための移送用）

移送の対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所			

略	受付保健所名	
	受付年月日	

略					
以上のとおり診断する。					
年 月 日					
精神保健指定医氏名					
同意をした家族等	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
		(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
	住所				
1 配偶者 2 父母（親権者である・ない） 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者（選任年月日 年 月 日） 8 市町長					

略

(注)

- 1～5 略
 6 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。

第5号様式の2（第6条関係）

診断書（医療保護入院又は応急入院のための移送用）

移送の対象者	氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	住所			

略	受付保健所名	
	受付年月日	

略					
以上のとおり診断する。					
年 月 日					
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
		(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
	住所				
1 配偶者 2 父母（親権者である・ない） 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した者（選任年月日 年 月 日） 8 市町長					

略

(注)

- 1～5 略
 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。

第7号様式（第8条関係）

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

第7号様式（第8条関係）

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

第9号様式（第10条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

措置入院者症状消退届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

略	
略	
措置症状の消退を 認めた精神保健 指定医氏名	
略	

(注)

- 1 略
- 2 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

第9号様式（第10条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

措置入院者症状消退届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

略	
略	
措置症状の消退を 認めた精神保健 指定医氏名	(署名)
略	

(注)

- 1 略
- 2 措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 3 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

第15号様式（第16条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の者が医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第9項の規定により届け出ます。

略	
略	
略	
略	
入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	
略	
略	

(注)

1～7 略

- 8 家族等の氏名の欄は、親権者が両親の場合は、原則として2人目も記載すること。
- 9 家族等の住所の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目も記載すること。
- 10 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。

第15号様式（第16条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の者が医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第9項の規定により届け出ます。

略	
略	
略	
略	
入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	(署名)
略	
略	

(注)

1～7 略

- 8 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。
- 9 家族等の氏名の欄は、親権者が両親の場合は、原則として2人目を記載すること。
- 10 家族等の住所の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 11 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。

第16号様式（第16条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による医療保護入院者の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の者が、特定医師の診察の結果、医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第9項の規定により届け出ます。

略			
略			
略			
略			
入院を必要と認めた 特定医師氏名			
確認した 精神保健指定医氏名	診察 日時		年 月 日 (午前・午後 時)
略			

(注)

- 1～6 略
- 7 家族等の氏名の欄は、親権者が両親の場合は、原則として2人目も記載すること。
- 8 家族等の住所の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目も記載すること。
- 9 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

第16号様式（第16条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による医療保護入院者の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の者が、特定医師の診察の結果、医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第9項の規定により届け出ます。

略			
略			
略			
略			
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)
略			

(注)

- 1～6 略
- 7 入院を必要と認めた特定医師氏名の欄は、特定医師自身が署名すること。
- 8 確認した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 9 家族等の氏名の欄は、親権者が両親の場合は、原則として2人目を記載すること。
- 10 家族等の住所の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 11 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。

第16号様式の2（第16条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者の入院期間更新届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の医療保護入院者の入院期間を更新しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第9項の規定により届け出ます。

略	
略	
略	
更新が必要と診断した 精神保健指定医氏名	
略	
略	

(注)

1～4 略

5 退院に向けた取組の状況の欄については、今回の更新に当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、
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。

6 家族等の氏名欄は、親権者が両親の場合は、原則として2人目も記載すること。

7 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つ目も記載すること。

8～10 略

第16号様式の2（第16条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者の入院期間更新届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の医療保護入院者の入院期間を更新しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第9項の規定により届け出ます。

略	
略	
略	
更新が必要と診断した 精神保健指定医氏名	(署名)
略	
略	

(注)

1～4 略

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、今回の更新に当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、
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 家族等の氏名欄は、親権者が両親の場合は、原則として2人目を記載すること。

8 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。

9～11 略

第19号様式（第19条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

香川県知事 殿
 応 急 入 院 届 年 月 日

所在地
 届出者 病院名
 管理者名

次の者が応急入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の6第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ 氏 名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住 所			
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 分)				
第34条による移送の有無 有・無				
病 名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症	
応急入院の必要性 〔患者自身の病気に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。〕				
病状又は状態像の概要				
応急入院を採った理由 〔家族等の同意を得ることのできなかつた理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること。〕				
入院を必要と認めた精神保健指定医氏名				

(注) 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、第34条による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はないこと。

第19号様式（第19条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

香川県知事 殿
 応 急 入 院 届 年 月 日

所在地
 届出者 病院名
 管理者名

次の者が応急入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の6第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ 氏 名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住 所			
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 分)				
第34条による移送の有無 有・無				
病 名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症	
応急入院の必要性 〔患者自身の病気に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。〕				
病状又は状態像の概要				
応急入院を採った理由 〔家族等の同意を得ることのできなかつた理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること。〕				
入院を必要と認めた精神保健指定医氏名 (署 名)				

(注) 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、第34条による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はないこと。
 2 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。

第20号様式（第19条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による応急入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の者が、特定医師の診察の結果、応急入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の6第5項の規定により届け出ます。

略			
略			
略			
略			
略			
入院を必要と認めた 特定医師氏名			
確認した精神保健 指定医氏名		診 察 日 時	年 月 日 (午前・午後 時)
略			

(注)

1～5 略

6 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。

第20号様式（第19条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による応急入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の者が、特定医師の診察の結果、応急入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の6第5項の規定により届け出ます。

略			
略			
略			
略			
略			
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		診 察 日 時	年 月 日 (午前・午後 時)
略			

(注)

1～5 略

6 入院を必要と認めた特定医師氏名の欄は、特定医師自身が署名すること。

7 確認した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。

8 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。

第22号様式（第22条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

措置入院者の定期病状報告書

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
報告者 病院名
管理者名

次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2第1項の規定により報告します。

略	
略	
略	
略	
略	
略	
略	
診察した精神保健 指定医氏名	

略

(注)

1～5 略

6 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、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。

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。

第22号様式（第22条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

措置入院者の定期病状報告書

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
報告者 病院名
管理者名

次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2第1項の規定により報告します。

略	
略	
略	
略	
略	
略	
略	
診察した精神保健 指定医氏名	(署名)

略

(注)

1～5 略

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 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、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。

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。

第23号様式（第22条関係）

任意入院者の定期病状報告書

年 月 日

香川県知事 殿

所在地

報告者 病院名

管理者名

次の任意入院者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による任意入院者の症状等の報告に関する条例第2条の規定により報告します。

略	
略	
略	
診断した主治医氏名	
略	

(注)

1～5 略

6 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。

第23号様式（第22条関係）

任意入院者の定期病状報告書

年 月 日

香川県知事 殿

所在地

報告者 病院名

管理者名

次の任意入院者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による任意入院者の症状等の報告に関する条例第2条の規定により報告します。

略	
略	
略	
診断した主治医氏名	(署名)
略	

(注)

1～5 略

6 診断した主治医氏名の欄は、主治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。

第27号様式（第25条関係）

受付保健所名			
受付年月日			
措置入院者仮退院許可申請書			
年 月 日			
香川県知事殿			
所在地			
申請者 病院名			
管理者名			
次のとおり仮退院させたいので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40条の規定により申請します。			
措置入院者	氏名		性別 男・女
	住所		
	帰住先及びその住所	区分	1 自宅 (i 家族と同居 ii 単身) 2 施設 3 その他 ()
	住所		
	生年月日	年 月 日	入院措置 年 月 日
	病名		
	仮退院の理由		
仮退院の期間	年 月 日から 年 月 日まで		
仮退院期間中の治療計画			
症状の概要			
訪問支援についての意見			
診察した精神保健指定医氏名			

第27号様式（第25条関係）

受付保健所名			
受付年月日			
措置入院者仮退院許可申請書			
年 月 日			
香川県知事殿			
所在地			
申請者 病院名			
管理者名			
次のとおり仮退院させたいので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40条の規定により申請します。			
措置入院者	氏名		性別 男・女
	住所		
	帰住先及びその住所	区分	1 自宅 (i 家族と同居 ii 単身) 2 施設 3 その他 ()
	住所		
	生年月日	年 月 日	入院措置 年 月 日
	病名		
	仮退院の理由		
仮退院の期間	年 月 日から 年 月 日まで		
仮退院期間中の治療計画			
症状の概要			
訪問支援についての意見			
診察した精神保健指定医氏名	(署名)		

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（次項において「改正前の規則」という。）の規定により提出されている書類は、改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の相当規定により提出されている書類とみなす。
- 3 改正前の規則に定める様式による用紙は、当分の間、使用することができる。