

大阪府提出用

医療保護入院者の入院届

平成 年 月 日

大阪府知事様

病院名

所在地

管理者名

印

医療保護入院者	フリガナ			生年	明治				
	氏名	(男・女)		月日	大正	年	月	日生	
	住所	都道府県	郡市区	町村区	昭和			(満)	歳
平成	年	月	日	第34条による移送の有無	あり	なし			
今回の入院年月日 (入院形態の変更があった順に記載すること)	昭和・平成	年	月	日	入院形態 ()				
	昭和・平成	年	月	日	入院形態 ()				
	昭和・平成	年	月	日	入院形態 ()				
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害		3 身体合併症					
	ICD カテゴリー ()	ICD カテゴリー ()							
生活歴及び現病歴 (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	昭和・平成	年	月	日	～	昭和・平成	年	月	日
前回入院期間	昭和・平成	年	月	日	～	昭和・平成	年	月	日
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 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 ()
<現在の状態像> (該当する項目に必ず○を入れてください)	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 明・大昭・平 年 月 日生
	(男・女) 続柄 明・大昭・平 年 月 日生
	住所 都道府県 郡市区 町村区
	都道府県 郡市区 町村区
1 配偶者 2 父母 (親権者で ある・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後见人又は保佐人 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	

審査会の意見		都道府県の措置	
--------	--	---------	--

保健所提出用

医療保護入院者の入院届

平成 年 月 日

大阪府知事様

病院名

所在地

管理者名

印

医療保護入院者	フリガナ			生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生
	氏名	(男・女)						(満 歳)
	住所	都道 府県	郡市 区	町村 区				
家族等の同意により 入院した年月日	平成	年	月	日	第34条による 移送の有無	あり	なし	
今回の入院年月日 (入院形態の変更があった 順に記載すること)	昭和・平成	年	月	日	入院形態 ()			
	昭和・平成	年	月	日	入院形態 ()			
	昭和・平成	年	月	日	入院形態 ()			
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害		3 身体合併症				
	ICD カテゴリー ()	ICD カテゴリー ()						
生活歴及び現病歴 〔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	昭和・平成	年	月	日	～	昭和・平成	年	月 日
前回入院期間	昭和・平成	年	月	日	～	昭和・平成	年	月 日
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 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 ()
<現在の状態像> (該当する項目に必ず○を 入れてください)	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 明・大昭・平 年 月 日生
	氏名 (男・女) 続柄 生年月日 明・大昭・平 年 月 日生
	住所 都道府県 郡市区 町村区
	住所 都道府県 郡市区 町村区
	1 配偶者 2 父母 (親権者で ある・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後见人又は保佐人 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

審査会の意見		都道府県の措置	
--------	--	---------	--

控

医療保護入院者の入院届

平成 年 月 日

大阪府知事様

病院名

所在地

管理者名

印

医療保護入院者	フリガナ				明治 大正 昭和 平成	年	月	日生	
	氏名	(男・女)			生年月日			(満歳)	
	住所	都道府県	郡市区	町村区					
家族等の同意により入院した年月日	平成 年 月 日	第34条による移送の有無	あり	なし					
今回の入院年月日 (入院形態の変更があった順に記載すること)	昭和・平成 年 月 日 昭和・平成 年 月 日 昭和・平成 年 月 日	入院形態 () 入院形態 () 入院形態 ()							
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症						
	ICD カテゴリー ()	ICD カテゴリー ()							
生活歴及び現病歴 (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	昭和・平成 (入院形態)	年	月	日	～	昭和・平成	年	月	日
前回入院期間	昭和・平成 (入院形態)	年	月	日	～	昭和・平成	年	月	日
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 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 ()	
<現在の状態像> (該当する項目に必ず○を入れてください)	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 明・大昭・平 年 月 日生
	氏名 (男・女) 続柄 生年月日 明・大昭・平 年 月 日生
	住所 都道府県 郡市区 町村区
	住所 都道府県 郡市区 町村区
1 配偶者 2 父母 (親権者で ある・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後见人又は保佐人 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	

審査会の意見		都道府県の措置	
--------	--	---------	--