







別記第3号様式添付書類中

「**捕獲等依頼者**」を「**捕獲等(採取等)依頼者**」に、「捕獲等又は採取等責任者」を「捕獲等又は採取等の責任者」に改める。

別記第4号様式中

申請者	住 所	
	氏 名	捕獲責任者 (ほか 名 (別紙名簿のとおり))
	職 業	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	

を

申請者	住 所	
	氏 名	
	職 業	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
	狩猟免許の種類、狩猟免許を交付した都道府県知事名並びに狩猟免許の番号及び交付年月日	

に改める。

別記第6号様式中「銃猟承認申請書」を「捕獲等承認申請書」に、「銃猟制限区域内における銃猟」を「特定猟具使用制限区域内における特定猟具を使用した鳥獣の捕獲等」に、

銃猟をしようとする銃猟制限区域の名称	
銃猟をしようとする年月日	

を

使用する特定猟具の種類	
特定猟具を使用した鳥獣の捕獲等をしようとする特定猟具使用制限区域の名称	
特定猟具を使用した鳥獣の捕獲等をしようとする年月日	

に、  
「銃猟承認の可否」を「承認の可否」に改める。

別記第7号様式中

□網・わな 猟免許	1 網      2 わな
--------------	---------------

を

□網猟免許 1 網	□わな猟免許 2 わな
-----------	-------------

に、

網・わな猟免許									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

を

網 猟 免 許									
わ な 猟 免 許									

に改める。

別記第8号様式中

□網・わな 猟免許	1 網      2 わな
--------------	---------------

を

□網猟免許 1 網	□わな猟免許 2 わな
-----------	-------------

に、

網・わな猟免許									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

を

網 猟 免 許									
わ な 猟 免 許									

に改め、同様式裏面中

□網・わな猟免許	知事		年 月 日
----------	----	--	-------

を

□網猟免許	知事		年 月 日
□わな猟免許	知事		年 月 日

に改める。

別記第9号様式中

「たて 3.6cm  
よこ 2.4cm」

を  
「縦 3.0cm  
横 2.4cm」

に、

□網・わな 猟免許に係 る登録	1 網	知事	
	2 わな	年 月 日	
□第一種	3 ライフル 銃		
	4 散弾銃	知事	

銃猟免許に係る登録	5 空気銃 (圧縮ガスを使用するものを含む。)	年月日	
□第二種銃猟免許に係る登録	6 空気銃 (圧縮ガスを使用するものを含む。)	知事	
		年月日	
所持する免許の種類：□第一種銃猟免許 □第二種銃猟免許			

を「

□網猟免許に係る登録	1 網	知事	
		年月日	
□わな猟免許に係る登録	2 わな	知事	
		年月日	
□第一種銃猟免許に係る登録	3 ライフル銃	知事	
	4 散弾銃 5 空気銃 (圧縮ガスを使用するものを含む。)		年月日
□第二種銃猟免許に係る登録	6 空気銃 (圧縮ガスを使用するものを含む。)	知事	
		年月日	
所持する免許の種類：□第一種銃猟免許 □第二種銃猟免許			

に、「さらに以下の」を「更に次の」に改める。

別記第10号様式中  
「たて 3.6cm  
よこ 2.4cm」  
を  
「縦 3.0cm  
横 2.4cm」  
に、

□網・わな猟免許に係る登録	1 網	知事	
	2 わな		年月日
□第一種銃猟免許に係る登録	3 ライフル銃	知事	
	4 散弾銃 5 空気銃 (圧縮ガスを使用するものを含む。)		年月日
□第二種銃猟免許に係る登録	6 空気銃 (圧縮ガスを使用するものを含む。)	知事	
			年月日
所持する免許の種類：□第一種銃猟免許 □第二種銃猟免許			

を「

□網猟免許に係る登録	1 網	知事	
		年月日	
□わな猟免許に係る登録	2 わな	知事	
		年月日	
	3 ライフル		

□第一種銃猟免許に係る登録	銃 4 散弾銃 5 空気銃 (圧縮ガスを使用するものを含む。)	知事	
			年月日
□第二種銃猟免許に係る登録	6 空気銃 (圧縮ガスを使用するものを含む。)	知事	
			年月日
所持する免許の種類：□第一種銃猟免許 □第二種銃猟免許			

に改める。

別記第11号様式中「第7条第12項(第7条第13項)を「第7条第13項(第7条第14項)」に改める。

別記第12号様式中「第7条第10項・第11項」を「第7条第11項・第12項」に改める。

別記第15号様式中「第3条」を「第4条」に改める。

**附 則**

この規則は、公布の日から施行する。



精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成19年4月16日

高知県知事 橋本 大二郎

**高知県規則第58号**

**精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則**

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則(昭和40年高知県規則第83号)の一部を次のように改正する。

第1条中「第22条」を「第21条」に改める。

第1条の2の見出し中「同意」を「同意等」に改め、同条に次の2項を加える。

2 法第22条の4第1項の規定により精神障害者が自ら入院した場合において、当該精神障害者から退院の申出がなく、引き続き一年以上入院しているときは、当該精神科病院の管理者は、当該精神障害者から別記第2号様式による任意入院の継続の同意書の提出を受けなければならない。

3 前項の同意書の提出は、当該任意入院後1年を経過した日及び当該1年を経過した日後2年を経過するごとに受けなければ

ならない。

第1条の2の次に次の1条を加える。

(任意入院者の退院制限措置に係る記録)

**第1条の3** 法第22条の4第6項の規定により作成する記録は、別記第3号様式によるものとする。

第2条中「別記第1号様式の2」を「別記第4号様式」に改める。

第3条の見出し中「精神病院」を「精神科病院」に改め、同条中「精神病院」を「精神科病院」に、「別記第2号様式」を「別記第5号様式」に改める。

第4条中「精神病院」を「精神科病院」に、「別記第3号様式」を「別記第6号様式」に改める。

第5条中「別記第4号様式」を「別記第7号様式」に改める。

第6条中「別記第5号様式」を「別記第8号様式」に改める。

第7条中「別記第6号様式」を「別記第9号様式」に改める。

第8条中「精神病院」を「精神科病院」に、「別記第7号様式」を「別記第10号様式」に、「別記第8号様式」を「別記第11号様式」に改める。

第9条中「届け」を「届出」に、「別記第9号様式によらなければならない」を「別記第12号様式によるものとする」に改める。

第10条第1項中「措置入院者又は法」を「法第29条第1項又は」に改め、同条第2項中「別記第10号様式」を「別記第13号様式」に改める。

第11条中「精神病院」を「精神科病院」に、「別記第12号様式」を「別記第14号様式」に改める。

第12条を次のように改める。

(医療保護入院に係る入院届)

**第12条** 精神科病院の管理者は、法第33条第7項の規定により入院の届出をしようとするときは、同条第1項又は第2項の規定に基づく入院にあつては別記第15号様式又は別記第16号様式に、同条第4項後段の規定に基づく入院にあつては別記第17号様式又は別記第18号様式によるものとする。この場合において、同条第7項の規定により添えなければならない同意書は、別記第19号様式によるものとする。

第13条中「精神病院」を「精神科病院」に、「別記第15号様式によらなければならない」を「別記第20号様式によるものとする」に改める。

第14条を次のように改める。

(応急入院に係る入院届)

**第14条** 法第33条の4第1項に規定する精神科病院の管理者は、同条第5項の規定により入院の届出をしようとするときは、同条第1項の規定に基づく入院にあつては別記第21号様式に、同条第2項後段の規定に基づく入院にあつては別記第22号様式によるものとする。

第15条を削る。

第16条中「別記第18号様式」を「別記第23号様式」に改め、同条を第15条とする。

第17条中「別記第19号様式」を「別記第24号様式」に改め、同条を第16条とする。

第18条第1項中「精神病院」を「精神科病院」に、「別記第20号様式によらなければならない」を「別記第25号様式によるものとする」に改め、同条第2項中「精神病院」を「精神科病院」に、「別記第21号様式によらなければならない」を「別記第26号様式によるものとする」に改め、同条を第17条とする。

第19条第1項中「別記第22号様式」を「別記第27号様式」に改め、同条第2項中「別記第23号様式」を「別記第28号様式」に改め、同条を第18条とする。

第20条中「別記第24号様式」を「別記第29号様式」に改め、同条を第19条とする。

第21条中「第23条」を「第22条」に、「よらなければならない」を「よるものとする」に改め、同条を第20条とする。

第22条第1項中「別記第25号様式」を「別記第30号様式」に改め、同条を第21条とする。

第23条中「別記第26号様式」を「別記第31号様式」に改め、同条を第22条とする。

第24条中「別記第27号様式」を「別記第32号様式」に改め、同条を第23条とする。

第25条中「別記第28号様式によらなければならない」を「別記第33号様式によるものとする」に改め、同条を第24条とする。

別記様式を次のように改める。

別記  
第1号様式(第1条の2関係)

任意入院同意書

年 月 日

病院長 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)を了承の上、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条の4第1項の規定により、貴院に入院することに同意します。

第2号様式(第1条の2関係)

任意入院(継続)同意書

年 月 日

病院長 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)を了承の上、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条の4第1項の規定により、貴院に引き続き入院することに同意します。

**第3号様式** (第1条の3関係)

任意入院患者を退院制限した場合の記録

年 月 日

高知県知事 様

病院名  
所在地  
管理者名

㊞

任意入院患者	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏名 (男・女)		年 月 日 (満 歳)
	住所	都道府県	郡市区町村
任意入院退院制限年月日	年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入院年月日	年 月 日
		入院形態	
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
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科又は神経科の受診歴等を記入してください。)	(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>	1 意識 (1) 意識混濁 (2) せん妄 (3) もうろう (4) その他 ( ) 2 知能 (1) 軽度障害 (2) 中等度障害 (3) 重度障害 3 記憶 (1) 記銘障害 (2) 見当識障害 (3) 健忘 (4) その他 ( ) 4 知覚 (1) 幻聴 (2) 幻視 (3) その他 ( ) 5 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 ( ) 6 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 ( ) 7 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 ( ) 8 自我意識 (1) 離人感 (2) させられ体験 (3) 解離 (4) その他 ( ) 9 食行動		

<その他の重要な症状>	(1) 拒食 (2) 過食 (3) 異食 (4) その他 ( )
<問題行動等>	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( )
<現在の状態像>	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 ( )
任意入院継続の必要性	
入院の継続が必要と認められた特定医師氏名	署名
確認した精神保健指定医氏名	署名
精神保健指定医が退院制限が妥当でない判断した場合の理由	診察日時 (午前・午後 時)
保護者	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 都道府県 郡市区町村 都道府県 郡市区町村 1 後見人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者 4 家庭裁判所が選任した者 (選任年月日 年 月 日) 5 その他 ( )

事後の高知県精神医療審査会の意見	
------------------	--

注 1 太線内は、特定医師の診察に基づいて記入してください。  
 2 「今回の入院年月日」欄は今回この病院に入院した年月日を記入し、「入院形態」欄はそのときの入院形態を記入してください(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第2項又は特定医師による入院を含みます。これらに該当する場合は、「第33条第2項入院」、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記入してください。)  
 なお、複数の入院形態を経ている場合は、順に記入してください(「第33条第2項入院」又は「第33条第1項・第4項入院」のときは、入院した年月日も併せて記入してください。)  
 3 「生活歴及び現病歴」欄は、他の診療所及び他の病院での受診歴についても聴取して記入してください。  
 4 「初回入院期間・前回入院期間・初回から前回までの入院回数」欄は、他の病院での入院歴及び入院形態についても聴取して記入してください。  
 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」欄は、一般にこの報告書の作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のことに重点をおいて記入してください。  
 6 「入院の継続が必要と認められた特定医師氏名」欄は、特定医師自身が署名してください。  
 7 「確認した精神保健指定医氏名」欄は、精神保健指定医自身が署名してください。  
 8 「保護者」の「氏名」欄は、親権者が両親の場合は、両名とも記入してください。  
 9 「保護者」の「住所」欄は、親権者が両親の場合で住所が異なるときは、両方とも記入してください。  
 10 選択肢については、それぞれ該当するものの番号等を○で囲んでください。

第4号様式 (第2条関係)

精神障害者又はその疑いのある者の診察及び保護申請書

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住 所  
氏 名 ㊟  
年 月 日生

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第23条第1項の規定に基づき、次のとおり精神保健指定医の診察及び保護を申請します。

本人	現在場所又は居住地			性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	年 月 日		
症状の概要						
現に本人の保護の任に当たっている者	住所			本人との続柄		
	氏名		職業		年齢	歳
本人及び保護者等の生活状態等参考となる事項						

第5号様式 (第3条関係)

措置要件に該当すると認められる精神障害者で退院の申出があったものの病状届出書

年 月 日

高知県知事 様

精神科病院の管理者 ㊟

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第26条の2の規定により、次のとおり届け出ます。

精神障害者	氏名			性別	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日		入院年月日	年 月 日	
入院の種別	医療保護入院 任意入院	・	保険の種別	生保・健保(本人・家族)・国保 (世帯主・その他)・その他		
退院予定年月日	年 月 日					
症状の概要						
保護者	住所			本人との続柄		
	氏名		職業		年齢	歳
退院したときの本人の居所等						

第6号様式 (第4条関係)

年 月 日

高知県知事 様

保健所長 印

調査書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第4条の規定により調査した結果は、次のとおりです。

被調査者(精神障害者又はその疑いのある者)	現在場所又は居住地			性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	年 月 日		
症状の概要						
現に本人の保護の任に当たっている者	住所			本人との続柄		
	氏名		職業		年齢	歳
本人及び保護者等の生活状態等参考となる事項						

第7号様式 (第5条関係)

高知県達 第 号

(精神保健指定医)

第27条第1項  
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第27条第2項 の規定により、次のと  
第29条の2第1項

おり診察を命ずる。

年 月 日

高知県知事 印

診察を受ける者	現在場所又は居住地			性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	年 月 日		
区分	精神保健指定医氏名	診察の日時		診察の場所		

第8号様式 (第6条関係)

措置入院に関する診断書

申請等の形式	1 親族又は一般人申請 (第23条第1項) 2 警察官通報 (第24条) 3 検察官通報 (第25条) 4 保護観察所長通報 (第25条の2) 5 矯正施設長通報 (第26条) 6 精神科病院管理者届出 (第26条の2) 7 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律対象者 [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) 8 保健所長職務診察 (第27条第2項)		
申請等の添付資料	1 あり 2 なし		
被診察者 (精神障害者)	フリガナ	生年月日	年 月 日 生 (満 歳)
	氏名 (男・女)	都道府県	市区町村
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、精神科又は神経科の受診歴等を記入してください。)	(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はこれまでに認められた問題行動を、Bは今後おそれある問題行動を指します。)	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等及び現在の状態像		
1 殺人	A B	<現在の精神症状>	
2 放火	A B	1 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 強姦	A B	2 知能	
5 強制わいせつ	A B	(1) 軽度障害 (2) 中等度障害 (3) 重度障害	
6 傷害	A B	3 記憶	
7 暴行	A B	(1) 記憶障害 (2) 見当識障害 (3) 健忘 (4) その他 ( )	
8 恐喝	A B	4 知覚	
9 脅迫	A B	(1) 幻聴 (2) 幻視 (3) その他 ( )	
10 窃盗	A B	5 思考	
11 器物損壊	A B	(1) 妄想 (2) 思考途絶 (3) 連合弛緩 (4) 滅裂思考	
12 弄火又は失火	A B	(5) 思考奔逸 (6) 思考制止 (7) 強迫観念 (8) その他 ( )	
		6 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 ( )	

13 家宅侵入	A B	7 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 ( )
14 詐欺等の経済的な問題行動	A B	8 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	A B	9 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>
16 自傷	A B	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( )
17 その他 ( )	A B	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> 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	1 要措置 2 措置不要	
以上のとおり診断します。 年 月 日 精神保健指定医 氏名 (署名)		

(県記入欄)	
診察に立ち会った者 (親権者、配偶者等)	年齢 歳
氏名 (男・女) 続柄又は職業	
診察場所	
診察日時	年 月 日 時 分～ 時 分
職員氏名	
県の措置	
県のメモ	

- 注 1 「生活歴及び現病歴」欄は、他の診療所及び他の病院での受診歴についても聴取して記入してください。
- 2 「初回入院期間・前回入院期間・初回から前回までの入院回数」欄は、他の病院での入院歴及び入院形態についても聴取して記入してください。
- 3 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等及び現在の状態像」欄は、一般にこの診断書の作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のことに重点をおいて記入してください。
- 4 「診察時の特記事項」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入してください。
- 5 精神保健指定医の氏名については、精神保健指定医自身が署名してください。
- 6 選択肢については、それぞれ該当するものの番号等を○で囲んでください。

第9号様式 (第7条関係)

高知県達 第 号  
(保護者)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項  
第29条の2第1項の規定に基づき、次の  
とおり入院措置を行う。

年 月 日

高知県知事 印

精神障害者	現在場所又は居住地			性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日	
入院措置年月日	年 月 日	措置決定番号			
入院措置をさせる病院		費用徴収月額	円		
保護者	住所				
	氏名		患者との続柄		

第10号様式 (第8条関係)

年 月 日

管理者 様

高知県知事 印

入院措置の解除について (通知)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の4第1項の規定により、次のとおり入院措置を解除します。

措置入院者	帰住地			性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日	
入院措置をした年月日	年 月 日	病院名			
入院措置の解除年月日	年 月 日	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定による届出年月日	年 月 日		
保護者	住所				
	氏名		患者との続柄		

第11号様式 (第8条関係)

高知県達 第 号  
(保護者)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の4第1項の規定により、次のとおり入院措置を解除する。

年 月 日

高知県知事 印

措置入院者	居住地		性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日
入院措置をした年月日	年 月 日	病院名		
入院措置の解除年月日	年 月 日	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定による届出年月日	年 月 日	
保護者	住所			
	氏名		患者との続柄	

第12号様式 (第9条関係)

措置入院者の症状消退届

年 月 日

高知県知事 様

病院名  
所在地  
管理者名 印

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ますので、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。

措置入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名	(男・女)			
保護者	フリガナ	都道府県	市区町村	生年月日	年 月 日
	氏名	(男・女)			
保護者	フリガナ	都道府県	市区町村	生年月日	年 月 日
	氏名	(男・女)			
措置年月日	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		
	I C D カテゴリー ( )	I C D カテゴリー ( )			
入院以降の病状又は状態像の経過 (措置症状の消退と関連して記入してください。)					
措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名	署名				
措置解除後の処置に関する意見	1 入院継続 (1) 任意入院 (2) 医療保護入院 (3) 他科 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他 ( )				
退院後の帰住先	1 自宅 (1) 家族と同居 (2) 単身 2 施設 3 その他 ( )				
帰住先の住所	都道府県	市区	町村	区	
訪問指導等に関する意見					
障害福祉サービス等の活用に関する意見					
主治医氏名					

注 1 太線内は、精神保健指定医の診察に基づいて記入してください。  
2 「措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名」欄は、精神保健指定医自身が署名してください。  
3 選択肢については、それぞれ該当するものの番号等を○で囲んでください。

第13号様式 (第10条関係)

費用負担承諾書

年 月 日

高知県知事 様

費用負担者 住 所  
氏 名 ㊟

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第10条第1項の規定により、次のとおり入院費を負担します。

措置入院者	住所		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	年 月 日
負担月額	円			
負担期間	年 月 日から			
摘要				

第14号様式 (第11条関係)

保護者等の変更届

年 月 日

様

届出者 住 所  
氏 名 ㊟

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第11条の規定により、次のとおり届け出ます。

精神障害者	住所		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	年 月 日	
変更前の保護者	住所		本人との続柄		
	氏名		職業	年齢	歳
変更後の保護者	住所		本人との続柄		
	氏名		職業	年齢	歳
変更の原因又は理由					
種別	1 措置入院 2 医療保護入院 3 通院医療				
摘要					

**第15号様式** (第12条関係)

医療保護入院者の入院届

年 月 日

高知県知事 様

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	日生歳
	氏名	(男・女)		年 月 日	(満 歳)
	住所	都道府県	市区	町村区	
保護者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	入院形態	
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条第1項の規定に基づく移送の有無	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		
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科又は神経科の受診歴等を記入してください。)	(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>	<p>1 意識 (1) 意識混濁 (2) せん妄 (3) もうろう (4) その他 ( )</p> <p>2 知能 (1) 軽度障害 (2) 中等度障害 (3) 重度障害</p> <p>3 記憶 (1) 記銘障害 (2) 見当識障害 (3) 健忘 (4) その他 ( )</p> <p>4 知覚 (1) 幻聴 (2) 幻視 (3) その他 ( )</p> <p>5 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 ( )</p> <p>6 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 ( )</p> <p>7 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 ( )</p>				

<p>8 自我意識 (1) 離人感 (2) させられ体験 (3) 解離 (4) その他 ( )</p> <p>9 食行動 (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; 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( )</p> <p>&lt;問題行動等&gt; 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; 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>																							
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入してください。)																							
入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	署名																						
保護者	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">氏名</td> <td style="width: 15%;">(男・女)</td> <td style="width: 10%;">続柄</td> <td style="width: 10%;">生年月日</td> <td style="width: 10%;">年 月 日</td> <td style="width: 10%;">日生</td> </tr> <tr> <td>(男・女)</td> <td>続柄</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>日生</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">住所</td> <td>都道府県</td> <td>市区</td> <td>町村区</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>都道府県</td> <td>市区</td> <td>町村区</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日	日生	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日	日生	住所	都道府県	市区	町村区			都道府県	市区	町村区		
氏名	(男・女)		続柄	生年月日	年 月 日	日生																	
	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日	日生																		
住所	都道府県	市区	町村区																				
	都道府県	市区	町村区																				
	<p>1 後见人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者 4 家庭裁判所が選任した者 (選任年月日 年 月 日) 5 その他 ( )</p>																						

高知県精神医療委員会の意見	
県の措置	

注 1 太線内は、精神保健指定医の診察に基づいて記入してください。ただし、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条第1項の規定に基づく移送が行われた場合は、記入する必要はありません。

2 「今回の入院年月日」欄は今回この病院に入院した年月日を記入し、「入院形態」欄はそのときの入院形態を記入してください(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第2項又は特定医師による入院を含みます。これらに該当する場合は、「第33条第2項入院」、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記入してください。)  
なお、複数の入院形態を経ている場合は、順に記入してください(「第33条第2項入院」又は「第33条第1項・第4項入院」のときは、入院した年月日も併せて記入してください。)

3 「生活歴及び現病歴」欄は、他の診療所及び他の病院での受診歴についても聴取して記

入してください。

- 4 「初回入院期間・前回入院期間・初回から前回までの入院回数」欄は、他の病院での入院歴及び入院形態についても聴取して記入してください。
- 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」欄は、一般にこの入院届の作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のことに重点をおいて記入してください。
- 6 「入院を必要と認めた精神保健指定医氏名」欄は、精神保健指定医自身が署名してください。
- 7 「保護者」の「氏名」欄は、親権者が両親の場合は、両名とも記入してください。
- 8 「保護者」の「住所」欄は、親権者が両親の場合で住所が異なるときは、両方とも記入してください。
- 9 選択肢については、それぞれ該当するものの番号等を○で囲んでください。

### 第16号様式（第12条関係）

医療保護入院者（法第33条第2項）の入院届

年 月 日

高知県知事 様

病院名

所在地

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7項の規定により届け出ます。

なお、保護者が選任された場合は、改めて同項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名	(男・女)		年 月 日	日生 (満 歳)
	住所	都道府県	市区	町村	区
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第2項の規定に基づく入院年月日	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日		
		入院形態			
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条第2項の規定に基づく移送の有無	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 ( )			
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入してください。また、特定医師の診察により入院した場合は、特定医師の採った措置の妥当性について記入してください。）	(陳述者 氏名 続柄 )				
入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	署名				
同意者	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日 生
	住所	都道府県	市区	町村	区
家庭裁判所への申請日（予定日を含む。）	年 月 日				

注 1 太線内は、精神保健指定医の診察に基づいて記入してください。ただし、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条第2項の規定に基づく移送が行われた場合は、記入する必要はありません。

- 2 「今回の入院年月日」欄は今回この病院に入院した年月日を記入し、「入院形態」欄はそのときの入院形態を記入してください（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく特定医師による入院を含みます。その場合は、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記入してください。）。  
 なお、複数の入院形態を経ている場合は、順に記入してください（「第33条第1項・第4項入院」のときは、入院した年月日も併せて記入してください。）。
- 3 「入院を必要と認めた精神保健指定医氏名」欄は、精神保健指定医自身が署名してください。
- 4 選択肢については、それぞれ該当するものを○で囲んでください。

**第17号様式**（第12条関係）

特定医師による医療保護入院者（法第33条第1項・第4項）の入院届及び記録

年 月 日

高知県知事 様

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	日生 歳
	氏名	(男・女)			年 月 日	(満 歳)
	住所	都道 府県	都市 区	町村 区		
保護者の同意により 入院した年月日	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	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、精神科又は神経科の受診歴等を記入してください。)	(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>	1 意識 (1) 意識混濁 (2) せん妄 (3) もうろう (4) その他 ( ) 2 知能 (1) 軽度障害 (2) 中等度障害 (3) 重度障害 3 記憶 (1) 記銘障害 (2) 見当識障害 (3) 健忘 (4) その他 ( ) 4 知覚 (1) 幻聴 (2) 幻視 (3) その他 ( ) 5 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 ( ) 6 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 ( ) 7 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 ( ) 8 自我意識 (1) 離人感 (2) させられ体験 (3) 解離 (4) その他 ( ) 9 食行動					

<その他の重要な症状>	(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 ( )
<問題行動等>	1 暴言 2 徘徊 (徘徊) 3 不潔行為 4 その他 ( )
<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入してください。)	
---	--

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)
---------------	----	------	----------------------

精神保健指定医が入院が妥当でないと判断した場合の理由	
----------------------------	--

保護者	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
		(男・女)	続柄		年 月 日生
住所		都道 郡市 町村 府県 区 区			
		都道 郡市 町村 府県 区 区			
	1 後見人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者 4 家庭裁判所が選任した者 (選任年月日 年 月 日) 5 その他 ( )				

事後の高知県精神医療審査会の意見	
------------------	--

注 1 太線内は、特定医師の診察に基づいて記入してください。  
 2 「今回の入院年月日」欄は今回この病院に入院した年月日を記入し、「入院形態」欄はそのときの入院形態を記入してください(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第2項又は特定医師による入院を含みます。これらに該当する場合は、「第33条第2項入院」、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記入してください)。  
 なお、複数の入院形態を経ている場合は、順に記入してください(「第33条第2項入院」又は「第33条第1項・第4項入院」のときは、入院した年月日も併せて記入してください)。  
 3 「生活歴及び現病歴」欄は、他の診療所及び他の病院での受診歴についても聴取して記入してください。  
 4 「初回入院期間・前回入院期間・初回から前回までの入院回数」欄は、他の病院での入院歴及び入院形態についても聴取して記入してください。  
 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」欄は、一般にこの入院届の作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のことに重点をおいて記入してください。

6 「入院を必要と認めた特定医師氏名」欄は、特定医師自身が署名してください。  
 7 「確認した精神保健指定医氏名」欄は、精神保健指定医自身が署名してください。  
 8 「保護者」の「氏名」欄は、親権者が両親の場合は、両名とも記入してください。  
 9 「保護者」の「住所」欄は、親権者が両親の場合で住所が異なるときは、両方とも記入してください。  
 10 選択肢については、それぞれ該当するものの番号等を○で囲んでください。



において記入してください。

- 6 「入院を必要と認めた特定医師氏名」欄は、特定医師自身が署名してください。
- 7 「確認した精神保健指定医氏名」欄は、精神保健指定医自身が署名してください。
- 8 選択肢については、それぞれ該当するものの番号等を○で囲んでください。

**第19号様式** (第12条関係)

年 月 日

高知県知事 様

精神科病院の管理者 ㊟

同意書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 <sup>第33条第1項</sup> <sub>第33条第2項</sub> の規定に基づき、次のとおり入院させることに同意します。

精神障害者（又はその疑いのある者）	住所			性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	年 月 日		
保護者又は扶養義務者の別	保護者 ・ 扶養義務者					
入院する病院の所在地						
入院する病院の名称						
同意者	住所			本人との続柄		
	氏名		㊟	職業	年齢	歳

**第20号様式** (第13条関係)

医療保護入院者の退院届

年 月 日

高知県知事 様

病院名  
所在地  
管理者名

㊟

次の医療保護入院者が退院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の2の規定により届け出ます。

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	都道府県	市区	町村区	
保護者	フリガナ	-----		続柄	生年月日
	氏名	(男・女)			年 月 日 生
	住所	都道府県	市区	町村区	
	フリガナ	-----		続柄	生年月日
	氏名	(男・女)			年 月 日 生
	住所	都道府県	市区	町村区	
医療保護入院年月日	年 月 日				
退院年月日	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 ( )			
退院後の処置	1 入院継続 (1) 任意入院 (2) 医療保護入院 (3) 他科 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他 ( )				
退院後の帰住先	1 自宅 (1) 家族と同居 (2) 単身 2 施設 3 その他 ( )				
帰住先の住所	都道府県	市区	町村区		
訪問指導等に関する意見					
障害福祉サービス等の活用に関する意見					
主治医氏名					

- 注 1 「医療保護入院年月日」欄は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第2項又は同項及び同条第4項の規定に基づく入院を経た場合は、その入院年月日も併せて記入してください。
- 2 「保護者」の「氏名」欄は、親権者が両親の場合は、両名とも記入してください。
- 3 「保護者」の「住所」欄は、親権者が両親の場合で住所が異なるときは、両方とも記入してください。
- 4 選択肢については、それぞれ該当するものの番号等を○で囲んでください。

**第21号様式** (第14条関係)

応急入院届

年 月 日

高知県知事 様

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 (満 歳)
	氏名	(男・女)			
	住所	都道府県	市区	町村区	
依頼をした者と応急入院者との関係					
入院年月日	年 月 日 (午前・午後 時)				
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条第3項の規定に基づく移送の有無	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 ( )			
応急入院の必要性 (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 て記入してください。)					
病状又は状態像の概要					
応急入院を採った理由 (保護者等の同意 を得ることができな かった理由について も記入してください。)					
入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	署名				

- 注 1 太線内は、精神保健指定医の診察に基づいて記入してください。ただし、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条第3項の規定に基づく移送が行われた場合は、記入する必要はありません。
- 2 「入院を必要と認めた精神保健指定医氏名」欄は、精神保健指定医自身が署名してください。

**第22号様式** (第14条関係)

特定医師による応急入院者(法第33条の4第2項)の入院届及び記録

年 月 日

高知県知事 様

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
	氏名 (男・女)	年 月 日 (満 歳)	
	住所	都道府県	区市町村
依頼をした者と応急入院者との関係			
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
	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、精神科又は神経科の受診歴等を記入してください。)	(陳述者 氏名 続柄 )		
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入してください。)			
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>	1 意識 (1) 意識混濁 (2) せん妄 (3) もうろう (4) その他 ( ) 2 知能 (1) 軽度障害 (2) 中等度障害 (3) 重度障害 3 記憶 (1) 記憶障害 (2) 見当識障害 (3) 健忘 (4) その他 ( ) 4 知覚 (1) 幻聴 (2) 幻視 (3) その他 ( ) 5 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 ( ) 6 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 ( )		

<その他の重要な症状> <問題行動等> <現在の状態像>	7 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 ( )	
	8 自我意識 (1) 離人感 (2) させられ体験 (3) 解離 (4) その他 ( )	
	9 食行動 (1) 拒食 (2) 過食 (3) 異食 (4) その他 ( )	
	10 その他 ( )	
応急入院を採った理由(保護者等の同意を得ることができなかった理由についても記入してください。)		
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師氏名	署名	診察日時 (午前・午後 時)
精神保健指定医が入院が妥当でないと判断した場合の理由		

事後の高知県精神医療審査会の意見	
------------------	--

注 1 太線内は、特定医師の診察に基づいて記入してください。  
 2 「生活歴及び現病歴」欄は、他の診療所及び他の病院での受診歴についても聴取して記入してください。  
 3 「初回入院期間・前回入院期間・初回から前回までの入院回数」欄は、他の病院での入院歴及び入院形態についても聴取して記入してください。  
 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」欄は、一般にこの入院届の作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のことに重点をおいて記入してください。  
 5 「入院を必要と認めた特定医師氏名」欄は、特定医師自身が署名してください。  
 6 「確認した精神保健指定医師氏名」欄は、精神保健指定医自身が署名してください。  
 7 選択肢については、それぞれ該当するものの番号等を○で囲んでください。

**第23号様式** (第15条関係)

医療保護入院又は応急入院のための移送に関する診察記録

被診断者(精神障害者)	フリガナ	.....		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名	(男・女)			
	住所	都道府県	市区	町村	
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、精神科又は神経科の受診歴等を記入してください。)	(陳述者 氏名 続柄 )				
<現在の精神症状>	1 意識 (1) 意識混濁 (2) せん妄 (3) もうろう (4) その他 ( ) 2 知能 (1) 軽度障害 (2) 中等度障害 (3) 重度障害 3 記憶 (1) 記憶障害 (2) 見当識障害 (3) 健忘 (4) その他 ( ) 4 知覚 (1) 幻聴 (2) 幻視 (3) その他 ( ) 5 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 ( ) 6 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 ( ) 7 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 ( ) 8 自我意識 (1) 離人感 (2) させられ体験 (3) 解離 (4) その他 ( ) 9 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>	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 ( )				

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	
判定結果	1 要措置 2 措置不要	
移送の過程における行動制限等	行動制限の有無	有 ・ 無
	症状	
	告知の有無	有 ・ 無
	開始日時	年 月 日 (午前 ・ 午後 時)
その他特記事項		
以上のとおり診断します。 年 月 日 精神保健指定医 氏名(署名)		

**第24号様式** (第16条関係)

同意書

高知県知事 様

年 月 日

同意者 住 所

氏 名 ㊟

生年月日 年 月 日生

続 柄

次の者について、精神保健指定医の診察の結果、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条第1項に規定する者であると判定されたときは、応急入院指定病院に移送することに同意します。

精神障害者(又はその疑いのある者)	住所		性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日

**第25号様式** (第17条関係)

措置入院者の定期病状報告書

年 月 日

高知県知事 様

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
	氏名	(男・女)		年 月 日 (満 歳)	
	住所	都道府県	郡市区	町村 区	
措置年月日	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		
	I C Dカテゴリー ( )	I C Dカテゴリー ( )			
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科又は神経科の受診歴等を記入してください。)	(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6月間(措置入院後3月の場合は、3月間)の仮退院の実績	計 回	延べ日数	日		
過去6月間(措置入院後3月の場合は、過去3月間)の治療の内容とその結果(問題行動を中心として記入してください。)					
今後の治療方針(再発防止への対応についても記入してください。)					
処遇、看護及び指導の現状	隔離	1 多用 2 時々 3 ほとんど不要			
	注意必要度	1 常に嚴重な注意 2 随時一応の注意 3 ほとんど不要			
	日常生活の介助指導の必要性	1 極めて手間のかかる介助 2 比較的簡単な介助と指導 3 生活指導を要する 4 その他 ( )			

重大な問題行動 (Aはこれまでに認められた問題行動を、Bは今後おそれある問題行動を指します。)		現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等及び現在の状態像	
1 殺人	A B	<現在の精神症状>	
2 放火	A B	1 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 強姦	A B	2 知能	
5 強制わいせつ	A B	(1) 軽度障害 (2) 中等度障害 (3) 重度障害	
6 傷害	A B	3 記憶	
7 暴行	A B	(1) 記憶障害 (2) 見当識障害 (3) 健忘 (4) その他 ( )	
8 恐喝	A B	4 知覚	
9 脅迫	A B	(1) 幻聴 (2) 幻視 (3) その他 ( )	
10 窃盗	A B	5 思考	
11 器物損壊	A B	(1) 妄想 (2) 思考途絶 (3) 連合弛緩 (4) 滅裂思考	
12 弄火又は失火	A B	(5) 思考奔逸 (6) 思考制止 (7) 強迫観念 (8) その他 ( )	
13 家宅侵入	A B	6 感情・情動	
14 詐欺等の経済的な問題行動	A B	(1) 感情平板化 (2) 抑うつ気分 (3) 高揚気分 (4) 感情失禁	
15 自殺企図	A B	(5) 焦燥・激越 (6) 易怒性・被刺激性亢進 (7) その他 ( )	
16 自傷	A B	7 意欲	
17 その他 ( )	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 (6) 無為・無関心 (7) その他 ( )	
		8 自我意識	
		(1) 離人感 (2) させられ体験 (3) 解離 (4) その他 ( )	
		9 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>	
		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			
今回の報告に係る診察年月日		年 月 日	
診断した精神保健指定医氏名		署名	

保護者	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
		(男・女)	続柄		年 月 日生
住所	都道 区市 町村		府県 区 区		
	都道 区市 町村		府県 区 区		
1 後见人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者					
4 家庭裁判所が選任した者(選任年月日 年 月 日)					
5 その他 ( )					

高知県精神医療委員会の意見	
県の措置	

- 注 1 太線内は、精神保健指定医の診察に基づいて記入してください。
- 2 「今回の入院年月日」欄は今回この病院に入院した年月日を記入し、「入院形態」欄はそのときの入院形態を記入してください(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第2項又は特定医師による入院を含みます。これらに該当する場合は、「第33条第2項入院」、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記入してください。)
- なお、複数の入院形態を経ている場合は、順に記入してください(「第33条第2項入院」又は「第33条第1項・第4項入院」のときは、入院した年月日も併せて記入してください。)
- 3 「生活歴及び現病歴」欄は、他の診療所及び他の病院での受診歴についても聴取して記入してください。
- 4 「生活歴及び現病歴」欄は、前回の報告のコピーを添えることでも構いませんが、新たに判明した事実がある場合は、追加して記入してください。
- 5 「初回入院期間・前回入院期間・初回から前回までの入院回数」欄は、他の病院での入院歴及び入院形態についても聴取して記入してください。
- 6 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等及び現在の状態像」欄は、一般にこの入院届の作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のことに重点をおいて記入してください。
- 7 「診察時の特記事項」欄は、措置入院者の受診態度、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入してください。
- 8 「診断した精神保健指定医氏名」欄は、精神保健指定医自身が署名してください。
- 9 「保護者」の「氏名」欄は、親権者が両親の場合は、両名とも記入してください。
- 10 「保護者」の「住所」欄は、親権者が両親の場合で住所が異なるときは、両方とも記入してください。
- 11 選択肢については、それぞれ該当するものの番号等を○で囲んでください。

**第26号様式** (第17条関係)

医療保護入院者の定期病状報告書

年 月 日

高知県知事 様

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	都道府県	都市区	町村区
医療保護入院(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第1項の規定による入院)年月日	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、精神科又は神経科の受診歴等を記入してください。)	(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月間の外泊の実績	1 不定期的 2 定期的 ((1) 月単位 (2) 数ヶ月単位 (3) 盆や正月) 3 なし			
過去12月間の治療の内容とその結果(通院又は任意入院に変更できなかった理由について具体的に記入してください。)				
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も記入してください。)				
<現在の精神症状>	1 意識 (1) 意識混濁 (2) せん妄 (3) もうろう (4) その他 ( ) 2 知能 (1) 軽度障害 (2) 中等度障害 (3) 重度障害 3 記憶 (1) 記銘障害 (2) 見当識障害 (3) 健忘 (4) その他 ( )			

<p>4 知覚 (1) 幻聴 (2) 幻視 (3) その他 ( )</p> <p>5 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 ( )</p> <p>6 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 ( )</p> <p>7 意欲 (1) 衝動行為 (2) 行為心迫 (3) 興奮 (4) 昏迷 (5) 精神運動抑制 (6) 無為・無関心 (7) その他 ( )</p> <p>8 自我意識 (1) 離人感 (2) させられ体験 (3) 解離 (4) その他 ( )</p> <p>9 食行動 (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; 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( )</p> <p>&lt;問題行動等&gt; 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; 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>4 知覚 (1) 幻聴 (2) 幻視 (3) その他 ( )</p> <p>5 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 ( )</p> <p>6 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 ( )</p> <p>7 意欲 (1) 衝動行為 (2) 行為心迫 (3) 興奮 (4) 昏迷 (5) 精神運動抑制 (6) 無為・無関心 (7) その他 ( )</p> <p>8 自我意識 (1) 離人感 (2) させられ体験 (3) 解離 (4) その他 ( )</p> <p>9 食行動 (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; 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( )</p> <p>&lt;問題行動等&gt; 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; 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>					
今回の報告に係る診察年月日	年 月 日					
診断した精神保健指定医氏名	署名					
保護者	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日	
		(男・女)	続柄		年 月 日	
	住所	都道府県	都市区	町村区		
		都道府県	都市区	町村区		
	1 後見人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者 4 家庭裁判所が選任した者(選任年月日 年 月 日) 5 その他 ( )					

高知県精神医療委員会の意見	
県の措置	

注 1 太線内は、精神保健指定医の診察に基づいて記入してください。  
2 「今回の入院年月日」欄は今回この病院に入院した年月日を記入し、「入院形態」欄は

そのときの入院形態を記入してください（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第2項又は特定医師による入院を含みます。これらに該当する場合は、「第33条第2項入院」、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記入してください。）。

なお、複数の入院形態を経ている場合は、順に記入してください（「第33条第2項入院」又は「第33条第1項・第4項入院」のときは、入院した年月日も併せて記入してください。）。

- 3 「生活歴及び現病歴」欄は、他の診療所及び他の病院での受診歴についても聴取して記入してください。
- 4 「生活歴及び現病歴」欄は、前回の報告のコピーを添えることでも構いませんが、新たに判明した事実がある場合は、追加して記入してください。
- 5 「初回入院期間・前回入院期間・初回から前回までの入院回数」欄は、他の病院での入院歴及び入院形態についても聴取して記入してください。
- 6 「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」欄は、一般にこの入院届の作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のことに重点をおいて記入してください。
- 7 「診断した精神保健指定医氏名」欄は、精神保健指定医自身が署名してください。
- 8 「保護者」の「氏名」欄は、親権者が両親の場合は、両名とも記入してください。
- 9 「保護者」の「住所」欄は、親権者が両親の場合で住所が異なるときは、両方とも記入してください。
- 10 選択肢については、それぞれ該当するものの番号等を○で囲んでください。

第27号様式（第18条関係）

措置入院者仮退院許可申請書

年 月 日

高知県知事 様

指定病院等の管理者 ㊟

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40条の規定に基づき、次のとおり申請します。

措置入院者	帰住地		措置入院年月日	年 月 日		
	氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
保護者	住所				本人との続柄	
	氏名		職業		年齢	歳
病名		転帰				
仮退院を適当と認めた精神保健指定医氏名	署名					
仮退院の予定期日及び期間	年 月 日から 年 月 日まで			期間	月間 日間	
仮退院をさせる理由						
症状の概要及び仮退院中の治療計画						
予後の見通し						
精神病床の利用状況	許可病床数		床	入院患者数	人	

**第28号様式** (第18条関係)

仮退院した精神障害者の再入院届

年 月 日

高知県知事 様

指定病院等の管理者 ㊟

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第18条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

精神障害者	帰住地			性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	年 月 日		
仮退院許可期間	年 月 日から 年 月 日まで					
再入院年月日	年 月 日					
保護者	住所			本人との続柄		
	氏名		職業	年齢	歳	
症状及び管理者の意見						

**第29号様式** (第19条関係)

精神障害者事故報告書

年 月 日

高知県知事 様

指定病院等の管理者 ㊟

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第19条の規定により、次のとおり報告します。

精神障害者	住所			性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	年 月 日		
事故の種別	死亡 ・ 行方不明 ・ その他 ( )					
事故の内容	日時	年 月 日 時 分				
	事故発生前の状態					
	事故時の状態及び処置					
	今後の取扱いについての意見等					

**第30号様式** (第21条関係)

診断書 (精神障害者保健福祉手帳申請用)

氏名			年 月 日生 ( 歳 )	男 ・ 女
住所				
1 病名 (ICDカテゴリーは、F00からF99まで又はG40からG47までの範疇のいずれかを記入してください。)	(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 _____			
2 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、精神科受診歴等)	初診年月日 _____ 年 月 日			
	(推定発病年月 _____ 年 月 日ごろ)			
3 現在の病状、状態像等 (該当するものを○で囲んでください。)				
(1) 抑うつ状態 ア 思考・運動抑制    イ 刺激性・興奮    ウ 憂うつ気分    エ その他 ( )				
(2) 躁状態 ア 行為心迫    イ 多弁    ウ 感情高揚・刺激性    エ その他 ( )				
(3) 幻覚妄想状態 ア 幻覚    イ 妄想    ウ その他 ( )				
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 ア 興奮    イ 昏迷    ウ 拒絶    エ その他 ( )				
(5) 統合失調症等残遺状態 ア 自閉    イ 感情鈍麻    ウ 意欲の減退    エ その他 ( )				
(6) 情動及び行動の障害 ア 爆発性    イ 暴力・衝動行為    ウ 多動    エ 食行動の異常    オ その他 ( )				
(7) 不安及び不穏 ア 強度の不安・恐怖感    イ 強迫体験    ウ その他 ( )				
(8) 痙れん及び意識障害 ア 痙れん    イ 意識障害    ウ その他 ( )				
(9) 精神作用物質の乱用及び依存 ア アルコール    イ 覚せい剤    ウ 有機溶剤    エ その他 ( )				
(10) 知的障害 ア 知的障害 (精神遅滞)    (ア) 軽度    (イ) 中等度    (ウ) 重度 イ 認知症				
4 3の病状、状態像等の具体的程度、症状等				
5 生活能力の状態 (保護的環境ではなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して判定してください。)				
(1) 現在の生活環境 入院 ・ 入所 (施設名 _____) ・ 在宅 ・ その他 ( )				
(2) 日常生活能力の判定 (該当するものいずれかを○で囲んでください。)				
ア 適切な食事摂取 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない				
イ 身の清潔保持 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない				
ウ 金銭管理及び買物 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない				
エ 通院及び服薬 (要・不要)				
オ 他人との意思伝達・対人関係 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない				

カ 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない キ 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない ク 社会的手続又は公共施設の利用 ク 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない ク 趣味及び娯楽への関心・文化的社会的活動への参加 ク 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
(3) 日常生活能力の程度 (該当するものいずれかを○で囲んでください。)
ア 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。 イ 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 ウ 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。 エ 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 オ 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。
6 現在の精神保健福祉サービスの利用状況 (社会復帰施設、小規模作業所、グループホーム、ホームヘルプ、訪問指導等)
7 備考
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 電話番号 担当医師氏名 (自署又は記名押印) ㊟



**第33号様式** (第24条関係)

※市町村名	
※受理年月日	年 月 日

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書・記載事項変更届

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住 所  
 (届出者) 氏 名 ㊤  
 手帳番号 号

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳について、下記の事項の申請・届出をします。

記

- 1 (破れた ・ 汚れた ・ なくした) ための再交付の申請
- 2 (都道府県を越える居住地 ・ 県内での居住地 ・ 氏名) の変更の届出

変更前	
変更後	

- 注
- 1 括弧内の該当するものを○で囲んでください。
  - 2 都道府県を越える居住地の変更の場合は、精神障害者保健福祉手帳の交付申請を同時に行ってください。
  - 3 ※印欄は、記入しないでください。

**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 この規則による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別記様式は、この規則による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規定にかかわらず、残品の限度で使用することができる。