

記入要領

医療保護入院届出書

※楷書で分かりやすい字で書いてください。
 ※太枠内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載してください。
 ※入院日から10日以内に県（市）に提出してください。

令和 年 月 日

熊本県知事（熊本市長） 様

病院名
 所在地 ※記載漏れにご注意ください
 管理者名

医療保護入院者	フリガナ	氏名は正確に記載してください (男・女)	生年月日	明治 大正 昭和 平成	提出日における満年齢。 記載漏れのないよう確認を
	住所			原則として住民票上の住所を記載してください。	
家族等の同意により入院した年月日	家族等の同意により入院となった日を記載します。よって同意書記載の日付と一致します。		今回の入院年月日	入院形態を問わず、今回の入院が実際に行われた日を記載します。	
			入院形態	上記の際の入院形態を記載。昭和63年6月以前は精神衛生法下の入院形態。複数の入院形態を経ている場合は、それぞれ順に記載を (例) 任意→医療保護	
第34条第1項の規定による移送の有無	記載漏れに注意してください。				
病名	1 主たる精神障害 ICD10(F00～F99 アルファベット文字を含めできるだけ3桁以上)に基づいて記載してください。初回診察の際はやむを得ぬ場合もありますが、「状態像」(昏迷、興奮等)診断はできるだけ避けてください。		2 従たる精神障害 ICD カテゴリー ()		3 身体合併症 ※てんかん (G40) はこの欄に記載ください。
	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。)	この欄の記載は推定発病年月日、他診療所及び他病院での受診歴等も記載してください。特に初発時から今回入院に至るまでの経過が分かるように具体的に記載してください。 ※ <u>生活歴については、生育歴、家族状況、就学・就業状況等を記載してください。</u> (「特記事項なし」等の表現で省略しないでください。) 生活歴及び陳述者氏名、続柄欄の記載漏れに注意してください。 陳述者氏名は、具体的に記載を。(「主治医」、「カルテより」は不可。) (陳述者氏名 続柄)				
推定される入院期間					
初回入院期間	自病院のみでなく、他病院にも入院歴があれば入院形態も分かる範囲で記載してください。入院期間等が不明な時は「不詳」と記載してください。入院期間は入院形態の変化にかかわらず、入院して病院を実際に退院するまでとして記載してください。 ※入院形態、入院回数に記載漏れに注意してください。				
前回入院期間					
初回から前回までの入院回数					
<現在の精神症状>	意識、知能、記憶、知覚、思考、感情・情動、意欲、自我意識、食行動の精神症状のカテゴリーの諸項目につき、該当する全てのローマ数字、算用数字を○印で囲んでください。				

<その他の重要な症状>	てんかん発作、自殺念慮、物質依存、その他、医療保護入院の必要性の判断に関連する算用数字を○印で囲んでください。
<問題行動等>	「問題行動等」があれば、該当する算用数字を○印で囲んでください。1暴言、2徘徊、3不潔行為 以外でも、暴力や迷惑行為、介護拒否、拒薬等 問題となる行動について、「4その他」欄に積極的に記載すること。
<現在の状態像>	※必ず記載してください。 これらを総括するように「現在の状態像」の該当する算用数字を○印で囲んでください。

※<現在の精神症状>、<その他の重要な症状>及び<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いてください。

○記入例

病名	ICD	<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>
認知症	FO_	Ⅲ記憶のうち該当する精神症状に○を記載。認知症の程度が分かればⅡ知能の程度を○で囲む。	該当するものがあれば記載。	できる限り記載。 ※1暴言、2徘徊、3不潔行為 以外でも、暴力や迷惑行為、介護拒否、拒薬等問題となる行動について、「4その他」欄に積極的に記載すること。	9認知症状態など該当する状態像に○を記載。
知的障害	F7_	Ⅱ知能の程度を○で囲む。	該当するものがあれば記載。		10その他を○で囲み()に中等度知的障害(精神遅滞)などと記載。
アルコール精神病	F1_	該当する精神症状に○を記載。	物質依存(アルコール)など該当するものがあれば記載。		該当する状態像に○を記載。

医療保護入院の必要性	①精神的に入院治療が必要な症状であること。(具体的な精神症状) ②病識がなく、入院治療の必要性が理解できず、説明をしたにもかかわらず入院の同意が得られないこと。 ※診察時の患者の受け答えを含め、精神状態及び指定医からの説明などの行為等を具体的に記載してください。なお、病気に対する認識及び入院治療の必要性の説明に対する理解・判断力の程度について記載してください。また、医療従事者以外にも理解できるように専門用語の羅列ではなく、具体的に記載してください。
〔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 診断した精神保健指定医自身が署名してください。

入院について同意をした家族等	<p>続柄、生年月日、住所、選任年月日等、誤記や記載もれに注意してください。(市町村長同意の場合以外は、すべて記入願います。)</p> <p>患者が未成年の場合は親権を行う者(父母両者)を記載してください。(諸事情により父母のうちいずれか一方である場合は、その理由を余白に記入ください。)</p> <p>※下記6後見人又は保佐人及び7家庭裁判所が選任した扶養義務者(甥姪等)の場合は、同意書に加えて選任審判書を添付してください。</p>
	<p>親権者である・ないは、患者が未成年者の場合のみチェック</p> <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 年 月 日) 8 市町村長</p>
法第33条の4の規定により選任された退院後生活環境相談員の氏名	
医療法施行規則第1条の5に規定する入院診療計画に記載する事項	

審査会意見	
都道府県の措置	