

記入要領

医療保護入院届出書

令和 年 月 日

熊本県知事 様

病 院 名

所在地

※記入漏れにご注意ください

管理者名

下記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。

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。	生年月日	提出日における満年齢。 記載漏れの内容確認を。
	氏 名			
	住 所	原則として住民票上の住所を記載してください。ただし、施設等に入所している方で、事実上住んでいる場所がある場合は、そ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。時間の記載は必要ありません。 他の入院形態から医療保護入院に変更となった場合は、変更した年月日を記載してください。		今 回 の 入 院 年 月 日	入院形態を問わず、今回の入院が実際に行われた日を記載します。
今回の医療保護入院の入 院 期 間	家族等の同意により入院した日から3月を上限（初日不算入）とした年月日を記載してください。 ○入院期間上限の例 例1：令和7年4月3日入院の場合 令和7年7月3日まで 例2：令和7年4月30日入院の場合 令和7年7月31日まで 例3：令和7年11月29日入院の場合 令和8年2月28日まで		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。 <u>複数の入院形態を経ている場合は、それぞれの順に記載を。</u> (例) 任意→医療保護
第34条による移送の有無	記載漏れに注意してください。			
病 名	1 主たる精神障害 2 従たる精神障害 ○主たる精神障害欄は、その症状等を呈している原因となるものを一つ記載してください。 ○ICD-10に基づいた病名を記載してください。(ADHD・PTSD等の略称不可) ○ICD カテゴリーは F+数字2桁以上で、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。		3 身体合併症 ※てんかん (G40) はこの欄に記載ください。	
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。)	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)			
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	<u>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わかる範囲で記載してください。</u> 入院期間等が不明な場合は「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、入院回数の記載漏れに注意してください。			

<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 <u>全てのローマ数字、算用数字</u> 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>	これらを総括するように「現在の状態像」の該当する全ての算用数字を○印で囲んでください。※必ず記載してください。

※<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。

○記載例				
病名	I C D	<現在の精神症状>	<その他の重要な症状>	<現在の状態像>
認知症	F 0 _	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。	9 認知症状態など該当する状態像に○を記載。
知的障害	F 7 _	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	F 1 0	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。
てんかん性精神病	F 0 6	該当する精神症状に○を記載。	てんかん発作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	以下の（１）及び（２）の視点を含めて記載をお願いします。 （１）診察時の様子と精神科での入院治療が必要な理由 指定医が診察したことが分かるよう、診察時の様子（整容、表情態度、言語表出、会話内容、行動等）を踏まえて、『①治療が必要であること（具体的な精神症状等）』、『②入院以外では治療を行うことができない理由』を記載してください。 【記載上の注意点】 ・診察時の様子を記載する際には、診察時であることが分かるように記載してください。 ・診察時における患者の状態を具体的に記載してください。 【入院以外で治療を行うことができない理由の例】 ・精神症状による判断能力の低下（客観的な指標等） ・治療意思の欠如（通院や服薬への不同意、支援の拒否等） ・生活環境上の問題（支援者の不在もしくは支援能力の不足、周囲との関係悪化等）等 （２）任意入院が行われる状態にないと判断した理由 病気に対する認識、医師の説明に対する理解度等を記載してください。 ※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すること。）	

入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	診断した精神保健指定医自身が署名してください。
選任された退院後生活環境相談員の氏名	記載漏れに注意してください。
同意をした家族等	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。） 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。） ※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。 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

審査会意見	
都道府県の措置	

親権者である・ないは、患者が未成年の場合のみチェック

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 ☐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 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。（特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第1項・第3項入院」、「第33条第2項・第3項入院」又は「第33条の6第2項入院」と記載すること。）なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 今回の医療保護入院の入院期間の欄は、家族等の同意により入院した日から3月を上限とした年月日を記載すること。
- 4 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 5 平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を精神科受診歴等を含むこととする。
- 6 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 7 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くこと。
- 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。