

(改正後)

第一号様式 (第二条)

診 察 保 護 申 請 書

年 月 日

千葉県知事 様

住 所

申請者

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22条第1項の規定により、次の者について診察及び保護をしてくださるよう申請します。

本 人	氏 名				居 住 地			
	性 別	男・女	生年 月日	年 月 日生	現在場所			
症 状 の 概 要								
現に本人の保 護に当たつて いる者	住 所				本人との 続 柄			
	氏 名				職 業	年 齢	歳	
その他参考と なる事項								

(改正前)

第一号様式 (第二条)

診 察 保 護 申 請 書

年 月 日

千葉県知事 様

住 所

申請者

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22条第1項の規定により、次の者について診察及び保護をしてくださるよう申請します。

本 人	氏 名				居 住 地			
	性 別	男・女	生年 月日	年 月 日生	現在場所			
症 状 の 概 要								
現に本人の保 護に当たつて いる者	住 所				本人との 続 柄			
	氏 名				職 業	年 齢	歳	
その他参考と なる事項								

(改正後)

第二号様式 (第三条)

措置症状ある入院者の退院届

年 月 日

千葉県知事 様

病院の名称

管理者氏名

次の者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項の要件に該当すると認められるが、退院の申出があつたため、同法第26条の2の規定により届け出ます。

精神障害者	住 所	
	氏 名	男・女
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
入 院 年 月 日		年 月 日
退 院 申 出 年 月 日		年 月 日
現在の症状及び退院 申出の状況		
現に保護の 任に当たつ ている者	住 所	
	氏 名	
	精神障害者 との続柄	

(改正前)

第二号様式 (第三条)

措置症状ある入院者の退院届

年 月 日

千葉県知事 様

病院の名称

管理者氏名



次の者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項の要件に該当すると認められるが、退院の申出があつたため、同法第26条の2の規定により届け出ます。

精神障害者	住 所	
	氏 名	男・女
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
入 院 年 月 日		年 月 日
退 院 申 出 年 月 日		年 月 日
現在の症状及び退院 申 出 の 状 況		
現に保護の 任に当たつ ている者	住 所	
	氏 名	
	精神障害者 との続柄	

(改正後)

第五号様式 (第八条)

措置入院者の症状消退届

年 月 日

千葉県知事 様

病院名

所在地

管理者名

下記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。

措置入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	住所	都道 府県	郡市 区	町村 区
措置年月日	年 月 日			
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	
入院以降の病状又は 状態像の経過 〔措置症状消退と関連〕 〔して記載すること。〕				
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 (任意入院・医療保護入院・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 (i 家族と同居、ii 単身) 2 施設 3 その他 ( )			
帰住先の住所	都道 府県	郡市 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				

(改正前)

第五号様式 (第八条)

措置入院者の症状消退届

年 月 日

千葉県知事 様

病院名

所在地

管理者名

印

下記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。

措置入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	住所	都道 府県	郡市 区	町村 区
措置年月日	年 月 日			
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	
入院以降の病状又は 状態像の経過 〔措置症状消退と関連〕				
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 (任意入院・医療保護入院・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 (i 家族と同居、ii 単身) 2 施設 3 その他 ( )			
帰住先の住所	都道 府県	郡市 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				

(改正後)

第十号様式 (第十三条第一条)

医療保護入院者の入院届

年 月 日

千葉県知事

様

病院名  
所在地  
管理者名

医療保護入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	都道府県	市区	町村区
家族等の同意により 入院した年月日	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	-----
第34条による移送の有無	有り 無し			
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	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>	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 滅裂思考 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 抑鬱気分 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 ( )			

(改正前)

第十号様式 (第十三条第一条)

医療保護入院者の入院届

年 月 日

千葉県知事

様

病院名  
所在地  
管理者名



医療保護入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	都道府県	市区	町村区
家族等の同意により 入院した年月日	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	-----
第34条による移送の有無	有り 無し			
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	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>	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 滅裂思考 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 ( )			



(改正後)

第十号様式 (第十三条第一条)

<p>&lt;その他の重要な症状&gt; &lt;問題行動等&gt; &lt;現在の状態像&gt;</p>	<p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 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 抑鬱状態 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>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。)</p>										
<p>入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名</p>	<p>署名</p>									
<p>同意をした家族等</p>	<table border="1"><tr><td rowspan="2">氏名</td><td>(男・女)</td><td>続柄</td><td>生年</td><td>年 月 日生</td></tr><tr><td>(男・女)</td><td>続柄</td><td>月日</td><td>年 月 日生</td></tr></table>	氏名	(男・女)	続柄	生年	年 月 日生	(男・女)	続柄	月日	年 月 日生
	氏名		(男・女)	続柄	生年	年 月 日生				
		(男・女)	続柄	月日	年 月 日生					
	<table border="1"><tr><td rowspan="2">住所</td><td>都道府県</td><td>郡市区</td><td>町村区</td></tr><tr><td>都道府県</td><td>郡市区</td><td>町村区</td></tr></table>	住所	都道府県	郡市区	町村区	都道府県	郡市区	町村区		
住所	都道府県		郡市区	町村区						
	都道府県	郡市区	町村区							
<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>										

<p>審査会意見</p>	
<p>県の措置</p>	

(改正前)

第十号様式 (第十三条第一条)

<p>&lt;その他の重要な症状&gt;</p> <p>&lt;問題行動等&gt;</p> <p>&lt;現在の状態像&gt;</p>	<p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( )</p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( )</p> <p>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>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。)</p>										
<p>入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名</p>	<p>署名</p>									
<p>同意をした家族等</p>	<table border="1"><tr><td rowspan="2">氏名</td><td>(男・女)</td><td>続柄</td><td>生年</td><td>年 月 日生</td></tr><tr><td>(男・女)</td><td>続柄</td><td>月日</td><td>年 月 日生</td></tr></table>	氏名	(男・女)	続柄	生年	年 月 日生	(男・女)	続柄	月日	年 月 日生
	氏名		(男・女)	続柄	生年	年 月 日生				
		(男・女)	続柄	月日	年 月 日生					
	<table border="1"><tr><td rowspan="2">住所</td><td>都道府県</td><td>郡市区</td><td>町村区</td></tr><tr><td>都道府県</td><td>郡市区</td><td>町村区</td></tr></table>	住所	都道府県	郡市区	町村区	都道府県	郡市区	町村区		
住所	都道府県		郡市区	町村区						
	都道府県	郡市区	町村区							
<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>										

<p>審査会意見</p>	
<p>県の措置</p>	

(改正後)

第十条様式の三 (第十三条第二号)

特定医師による医療保護入院者 (第33条第1項又は第2項) の入院届

年 月 日

千葉県知事 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	市区	町村	区
家族等の同意により入院した年月日	年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入院年月日	年 月 日		
入院形態	入 院 形 態				
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ー ( )	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ー ( )	3 身体合併症		
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。〕	(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>	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 滅裂思考 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 抑鬱気分 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 ( )				

(改正前)

第十条様式の三 (第十三条第二号)

特定医師による医療保護入院者 (第33条第1項又は第3項) の入院届

年 月 日

千葉県知事 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	市区	町村	区
家族等の同意により入院した年月日	年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入院年月日	年 月 日		
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ー ( )	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ー ( )	3 身体合併症		
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。〕	(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>	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 滅裂思考 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 ( )				

(改正後)

第十条様式の三 (第十三条第二号)

<p>&lt;その他の重要な症状&gt;</p> <p>&lt;問題行動等&gt;</p> <p>&lt;現在の状態像&gt;</p>	<p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( )</p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( )</p> <p>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 抑鬱状態 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>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。)</p>																								
<p>入院を必要と認めた 特定医師氏名</p>	<p>署名</p>																							
<p>確認した 精神保健指定医氏名</p>	<table border="1"><tr><td>署名</td><td>診察日時</td><td>年 月 日 (午前・午後 時)</td></tr></table>	署名	診察日時	年 月 日 (午前・午後 時)																				
署名	診察日時	年 月 日 (午前・午後 時)																						
<p>精神保健指定医が 入院妥当でないと 判断した場合の理由</p>																								
<p>同意をした家族等</p>	<table border="1"><tr><td rowspan="2">氏名</td><td>(男・女)</td><td>続柄</td><td>生年</td><td>年 月 日生</td></tr><tr><td>(男・女)</td><td>続柄</td><td>月日</td><td>年 月 日生</td></tr><tr><td rowspan="2">住所</td><td>都道府県</td><td>郡市区</td><td>町村区</td><td></td></tr><tr><td>都道府県</td><td>郡市区</td><td>町村区</td><td></td></tr><tr><td colspan="5">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</td></tr></table>	氏名	(男・女)	続柄	生年	年 月 日生	(男・女)	続柄	月日	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				
氏名	(男・女)		続柄	生年	年 月 日生																			
	(男・女)	続柄	月日	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>事後審査委員会意見</p>																								

(改正前)

第十条様式の三 (第十三条第二号)

<p>&lt;その他の重要な症状&gt;</p> <p>&lt;問題行動等&gt;</p> <p>&lt;現在の状態像&gt;</p>	<p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( )</p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( )</p> <p>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>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。)</p>																								
<p>入院を必要と認めた 特定医師氏名</p>	<p>署名</p>																							
<p>確認した 精神保健指定医氏名</p>	<table border="1"><tr><td>署名</td><td>診察日時</td><td>年 月 日 (午前・午後 時)</td></tr></table>	署名	診察日時	年 月 日 (午前・午後 時)																				
署名	診察日時	年 月 日 (午前・午後 時)																						
<p>精神保健指定医が 入院妥当でないと 判断した場合の理由</p>																								
<p>同意をした家族等</p>	<table border="1"><tr><td rowspan="2">氏名</td><td>(男・女)</td><td>続柄</td><td>生年</td><td>年 月 日生</td></tr><tr><td>(男・女)</td><td>続柄</td><td>月日</td><td>年 月 日生</td></tr><tr><td rowspan="2">住所</td><td>都道府県</td><td>郡市区</td><td>町村区</td><td></td></tr><tr><td>都道府県</td><td>郡市区</td><td>町村区</td><td></td></tr><tr><td colspan="5">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 年 月 日) 8 市町村長</td></tr></table>	氏名	(男・女)	続柄	生年	年 月 日生	(男・女)	続柄	月日	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 年 月 日) 8 市町村長				
氏名	(男・女)		続柄	生年	年 月 日生																			
	(男・女)	続柄	月日	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 年 月 日) 8 市町村長																								
<p>事後審査委員会意見</p>																								

(改正後)

第十号様式の五 (第十三条の二)

医療保護入院者の退院届

年 月 日

千葉県知事 様

病院名

所在地

管理者名

下記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	
	氏名	(男・女)		年 月 日生
	住所	都道 府県	郡市 区	町村 区
入院年月日 (医療保護入院)	年 月 日			
退院年月日	年 月 日			
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	
退院後の処置	1 入院継続 (任意入院・措置入院・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 (i 家族と同居、ii 単身) 2 施設 3 その他 ( )			
帰住先の住所	都道 府県	郡市 区	町村 区	
訪問指導等				
障害福祉サービス等の 活用に関する意見				
主治医氏名				

(改正前)

第十号様式の五（第十三条の二）

医療保護入院者の退院届

年 月 日

千葉県知事 様

病院名

所在地

管理者名



下記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 氏名	----- (男・女)		生年月日	年 月 日生
	住所	都道 府県	郡市 区	町村 区	
入院年月日 (医療保護入院)	年 月 日				
退院年月日	年 月 日				
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		
退院後の処置	1 入院継続 (任意入院・措置入院・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 (i 家族と同居、ii 単身) 2 施設 3 その他 ( )				
帰住先の住所	都道 府県	郡市 区	町村 区		
訪問指導等	-----				
障害福祉サービス等の 活用に関する意見	-----				
主治医氏名					



(改正後)

第十号様式の六 (第十三条の三)

応 急 入 院 届

年 月 日

千葉県知事 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 日生
	氏 名	(男・女)		(満 歳)
	住 所	都道 府県	郡市 区	町村 区
依 頼 を し た 者 の 入 院 者 と の 関 係				
入 院 年 月 日	年 月 日	午前 時	午後 時	
第34条による移送の有無	有 り      な し			
病 名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ー ( )	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ー ( )	3 身体合併症	
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。)				
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 ることができなか った理由を含め、 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			

(改正前)

第十号様式の六 (第十三条の三)

応 急 入 院 届

年 月 日

千葉県知事 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 日生
	氏 名	(男・女)			(満 歳)
	住 所	都道	郡市	町村	
		府県	区	区	
依頼をした者の 入院者との関係					
入院年月日	年	月	日	午前	時
				午後	時
第34条による移送の有無	有り なし				
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。 (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。)					
病状又は状態像の概要					
応急入院を採った理由	<p>( 家族等の同意を得 ることができなか った理由を含め、 応急入院を採った 理由について記載 すること )</p>				
入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	署名				

(改正後)

第十号様式の七 (第十三条の三)

特定医師による応急入院届

年 月 日

千葉県知事 様

病院名  
所在地  
管理者名

応急入院者	フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	都道府県	市区	町村区
依頼をした者の入院者との関係				
入院年月日	年 月 日 午前 時 午後 時			
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、精神科受診歴等を記載すること。〕	(陳述者氏名 続柄 )			
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 由について記載す ること。〕				
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	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態 ) 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態 ) 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 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ( )			

(改正前)

第十号様式の七 (第十三条の三)

特定医師による応急入院届

年 月 日

千葉県知事 様

病院名  
所在地  
管理者名



応急入院者	フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	都道府県	市区町村	区
依頼をした者の 入院者との関係				
入院年月日	年 月 日 午前 時 午後 時			
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、精神科受診歴等を記載すること。〕	(陳述者氏名 続柄 )			
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 由について記載す ること。〕				
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	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態 ) 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態 ) 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 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ( )			

(改正後)

第十号様式の七 (第十三条の三)

<p>&lt;その他の重要な症状&gt;</p> <p>&lt;問題行動等&gt;</p> <p>&lt;現在の状態像&gt;</p>	<p>VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑鬱気分 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>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 ( )</p> <p>VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ( )</p> <p>IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ( )</p> <p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( )</p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( )</p> <p>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 抑鬱状態 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>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。)</p>				
<p>入院を必要と認めた特定医師氏名</p>	<p>署名</p>			
<p>確認した精神保健指定医氏名</p>	<table border="1"><tr><td data-bbox="582 1153 973 1220">署名</td><td data-bbox="973 1153 1061 1220">診察日時</td><td data-bbox="1061 1153 1369 1220">年 月 日 (午前・午後 時)</td></tr></table>	署名	診察日時	年 月 日 (午前・午後 時)
署名	診察日時	年 月 日 (午前・午後 時)		
<p>精神保健指定医が入院妥当でないと判断した場合の理由</p>				
<p>事後審査委員会意見</p>				

(改正前)

第十号様式の七 (第十三条の三)

<p>&lt;その他の重要な症状&gt;</p> <p>&lt;問題行動等&gt;</p> <p>&lt;現在の状態像&gt;</p>	<p>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 ( )</p> <p>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 ( )</p> <p>VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ( )</p> <p>IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ( )</p> <p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( )</p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( )</p> <p>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>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。)</p>				
<p>入院を必要と認めた特定医師氏名</p>	<p>署名</p>			
<p>確認した精神保健指定医氏名</p>	<table border="1"><tr><td data-bbox="582 1155 975 1227">署名</td><td data-bbox="975 1155 1061 1227">診察日時</td><td data-bbox="1061 1155 1370 1227">年 月 日 (午前・午後 時)</td></tr></table>	署名	診察日時	年 月 日 (午前・午後 時)
署名	診察日時	年 月 日 (午前・午後 時)		
<p>精神保健指定医が入院妥当でないと判断した場合の理由</p>				
<p>事後審査委員会意見</p>				

(改正後)

第十号様式の八 (第十三条の五第一項)

措置入院者の定期病状報告書

年 月 日

千葉県知事 様

病院名  
所在地  
管理者名

措置入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	都道府県	市区	町村区
措置年月日	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	
前回の定期報告日	年 月 日			
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、精神科受診歴等を記載すること。〕	(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か月間(措置入院後3か月の場合は過去3か月間)の仮退院の実績	計 回	延日数	日	
過去6か月間(措置入院後3か月の場合は過去3か月間)の治療の内容とその結果 〔問題行動を中心として記載すること。〕				
今後の治療方針(再発防止への対応を含む。)				
処遇、看護及び指導の現状	隔離	i 多用 ii ときどき iii ほとんど不要		
	注意必要度	i 常に嚴重な注意 ii 随時一応の注意 iii ほとんど不要		
	日常生活の介助指導必要性	i 極めて手間のかかる介助 ii 比較的簡単な介助と指導 iii 生活指導を要する iv その他 ( )		
重大な問題行動 (Aはこれまでの、Bは今後おそれある行動)	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(該当のローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲むこと。)			

(改正前)

第十号様式の八 (第十三条の五第一項)

措置入院者の定期病状報告書

年 月 日

千葉県知事 様

病院名  
所在地  
管理者名



措置入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	都道府県	市区町村	
措置年月日	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	入院形態
前回の定期報告日	年 月 日			
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、精神科受診歴等を記載すること。〕	(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か月間(措置入院後3か月の場合は過去3か月間)の仮退院の実績	計 回	延日数	日	
過去6か月間(措置入院後3か月の場合は過去3か月間)の治療の内容とその結果 〔問題行動を中心として記載すること。〕				
今後の治療方針(再発防止への対応を含む。)				
処遇、看護及び指導の現状	隔離	i 多用 ii ときどき iii ほとんど不要		
	注意必要度	i 常に嚴重な注意 ii 随時一応の注意 iii ほとんど不要		
	日常生活の介助指導必要性	i 極めて手間のかかる介助 ii 比較的簡単な介助と指導 iii 生活指導を要する iv その他 ( )		
重大な問題行動 (Aはこれまでの、Bは今後おそれある行動)	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(該当のローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲むこと。)			



(改正後)

第十号様式の八 (第十三条の五第一項)

1 殺人	A	B	<現在の精神症状>
2 放火	A	B	I 意識
3 強盗	A	B	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう
4 強制性交 等	A	B	4 その他 ( )
5 強制わい せつ	A	B	II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)
6 傷害	A	B	III 記憶
7 暴行	A	B	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘
8 恐喝	A	B	4 その他 ( )
9 脅迫	A	B	IV 知覚
10 窃盗	A	B	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( )
11 器物損壊	A	B	V 思考
12 弄火又は 失火	A	B	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考
13 家宅侵入	A	B	5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念
14 詐欺等の 経済的な問 題行動	A	B	8 その他 ( )
15 自殺企図	A	B	VI 感情・情動
16 自傷	A	B	1 感情平板化 2 抑鬱気分 3 高揚気分
17 その他 ( )	A	B	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>
			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 抑鬱状態 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			
本報告に係る 診察年月日		年 月 日	
診察した精神保健 指定医氏名		署名	
審査会意見			
県の措置			

(改正前)

第十号様式の八 (第十三条の五第一項)

1 殺人	A	B	<現在の精神症状>
2 放火	A	B	I 意識
3 強盗	A	B	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう
4 強制性交 等	A	B	4 その他 ( )
5 強制わい せつ	A	B	II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)
6 傷害	A	B	III 記憶
7 暴行	A	B	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘
8 恐喝	A	B	4 その他 ( )
9 脅迫	A	B	IV 知覚
10 窃盗	A	B	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( )
11 器物損壊	A	B	V 思考
12 弄火又は 失火	A	B	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考
13 家宅侵入	A	B	5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念
14 詐欺等の 経済的な問 題行動	A	B	8 その他 ( )
15 自殺企図	A	B	VI 感情・情動
16 自傷	A	B	1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分
17 その他 ( )	A	B	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>
			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			
本報告に係る 診察年月日		年 月 日	
診察した精神保健 指定医氏名		署名	
審査会意見			
県の措置			

(改正後)

第十号様式の九 (第十三条の五第二項)

医療保護入院者の定期病状報告書

年 月 日

千葉県知事 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 生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所	都道 府県	郡市 区	町村 区	
医療保護入院年月日 (第33条第1項・第 3項による入院)	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	入院形態	
前回の定期報告日 年 月 日	年 月 日				
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 神科受診歴等を記 載すること。〕	(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	年 月 日～	年 月 日	(入院形態 )		
過去12か月間の外泊 の 実 績	1 不定期的	2 定期的 ( i 月単位、 ii 数か月単位、 iii 盆や正月)	3 なし		
過去12か月間の治療 の内容と、その結果 及び通院又は任意入 院に変更できなかつ た理由					
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)					
退院に向けた取組の 状況 (選任された退 院後生活環境相談員 との相談状況、地域 援助事業者の紹介状 況、医療保護入院者 退院支援委員会で決 定した推定される入 院期間等について)	選任された退院後生活環境相談員				
<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 ( )				

(改正前)

第十号様式の九 (第十三条の五第二項)

医療保護入院者の定期病状報告書

年 月 日

千葉県知事 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 生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所	都道府県	郡市 区	町村 区	
医療保護入院年月日 (第33条第1項・第 3項による入院)	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	入院形態	
前回の定期報告日 年 月 日	年 月 日				
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、精神科受診歴等を記載すること。)	(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	年 月 日～	年 月 日	(入院形態 )		
過去12か月間の外泊 の実績	1 不定期的	2 定期的 ( i 月単位、 ii 数か月単位、 iii 盆や正月)	3 なし		
過去12か月間の治療 の内容と、その結果 及び通院又は任意入院 に変更できなかつた理由					
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)					
退院に向けた取組の状況 (選任された退院後生活環境相談員との相談状況、地域援助事業者の紹介状況、医療保護入院者退院支援委員会で決定した推定される入院期間等について)	選任された退院後生活環境相談員				
<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 ( )				

(改正後)

第十号様式の九（第十三条の五第二項）

	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 滅裂思考 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 抑鬱気分 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（ ） 10 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 抑鬱状態 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（ ）
本報告に係る 診察年月日	年 月 日
診断した 精神保健指定医氏名	署名

審査会意見	
県の措置	

(改正前)

第十号様式の九（第十三条の五第二項）

	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 滅裂思考 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（ ） 10 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（ ）
本報告に係る 診察年月日	年 月 日
診断した 精神保健指定医氏名	署名

審査会意見	
県の措置	

(改正後)

第十一号様式 (第十四条第一項)

無 断 退 去 届

年 月 日

千葉県知事 様

病院の名称  
管理者の氏名

次の者が無断退去し、行方不明になりましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第14条の規定により届け出ます。

精神障害者	住 所	
	氏 名	年 月 日生 男・女
退去年月日	年 月 日 午 <sup>前</sup> 後 時 分ごろ	
症 状 及 び 退 去 時 の 概 要		
発見するた めに参考と なるべき人 相、服装そ の他の事項		
入院年月日	年 月 日	
退去者の家 族等	住 所	
	氏 名	
	連絡先	
入院前に利 用していた 障害福祉サ ービス事業 者	名 称	
	所在地	
	連絡先	
無断退去発 見後病院が 採った措置		

(改正前)

第十一号様式（第十四条第一項）

無 断 退 去 届

年 月 日

千葉県知事 様

病院の名称

管理者の氏名



次の者が無断退去し、行方不明になりましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第14条の規定により届け出ます。

精神障害者	住 所	
	氏 名	年 月 日生 男・女
退去年月日	年 月 日 午 <sup>前</sup> 後 時 分ごろ	
症 状 及 び 退 去 時 の 概 要		
発見するた めに参考と なるべき人 相 服装		
入院年月日	年 月 日	
退去者の家 族等	住 所	
	氏 名	
	連絡先	
入院前に利 用していた 障害福祉サ ービス事業 者	名 称	
	所在地	
	連絡先	
無断退去発 見後病院が 採った措置		



(改正後)

第十二号様式 (第十四条第二項)

帰 院 届

年 月 日

千葉県知事 様

病院の名称  
管理者の氏名

年 月 日付け届出の無断退去者が帰院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第14条第2項の規定により届け出ます。

精神障害者	住 所	
	氏 名	年 月 日生 男・女
発見場所 及び発見状 況		
発見日時	年 月 日 午 <sup>前</sup> 後 時 分	
備 考		

(改正前)

第十二号様式 (第十四条第二項)

帰 院 届

年 月 日

千葉県知事 様

病院の名称

管理者の氏名



年 月 日付け届出の無断退去者が帰院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第14条第2項の規定により届け出ます。

精神障害者	住 所	
	氏 名	年 月 日生 男・女
発見場所 及び発見状 況		
発見日時	年 月 日 午 <sup>前</sup> 後 時 分	
備 考		

(改正後)

第十三号様式 (第十五条)

仮 退 院 許 可 申 請 書

年 月 日

千葉県知事 様

病院の名称

管理者の氏名

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条の規定により許可されるよう申請します。

措置入院者	措置番号		措置入院 年 月 日	
	住 所			
	氏 名		生年月日	男・女
病 名				
症 状 の 概 要				
仮 退 院 の 理 由				
仮 退 院 の 期 間		年 月 日から 年 月 日まで	現在の許可病床 現在の入院患者	床 名
仮退院中の居住地				
仮退院中の治療計画				
今 後 の 見 通 し				
現に保護の 任に当たつ ている者	住 所			
	氏 名			
	措置入院 者との続 柄			

(改正前)

第十三号様式（第十五条）

仮退院許可申請書

年 月 日

千葉県知事 様

病院の名称

管理者の氏名



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条の規定により許可されるよう申請します。

措置入院者	措置番号		措置入院 年 月 日	
	住 所			
	氏 名		生年月日	男・女
病 名				
症 状 の 概 要				
仮退院の理由				
仮退院の期間		年 月 日から 年 月 日まで	現在の許可病床 現在の入院患者	床 名
仮退院中の居住地				
仮退院中の治療計画				
今後の見通し				
現に保護の 任に当たつ ている者	住 所			
	氏 名			
	措置入院 者との続			

(改正後)

第十四号様式 (第十六条)

再 入 院 届

年 月 日

千葉県知事 様

病院の名称

管理者の氏名

次の者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40条の規定により仮退院中でしたが、再入院したので届け出ます。

措置入院者	措置番号		措置入院 年 月 日	
	住 所			
	氏 名		生年月日	男・女
仮退院許可期間	年 月 日から 年 月 日まで			
再入院を必要とする理由				
再入院年月日	年 月 日			

(改正前)

第十四号様式 (第十六条)

再 入 院 届

年 月 日

千葉県知事 様

病院の名称

管理者の氏名

印

次の者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40条の規定により仮退院中でしたが、再入院したので届け出ます。

措置入院者	措置番号		措置入院 年 月 日	
	住 所			
	氏 名		生年月日	男・女
仮退院許可期間	年 月 日から 年 月 日まで			
再入院を必要とする理由				
再入院年月日	年 月 日			

(改正後)

第十六号様式 (第十八条第一項)

年 月 日

障害者手帳交付申請書

千葉県知事 様

次の事項 (○印) について、申請します。  
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条による障害者手帳の  
( ) 新規 ( ) 更新 ( ) 障害等級変更  
( ) 他の都道府県又は千葉県からの住所変更による手帳交付

申請者 精神障害者本人	氏名	カナ																生年月日	年	月	日			
	(濁点は1マス使い、氏と名の間は1マスあけてください。)																							
	住所	漢字																市	郡	町	村	電話番号 ( )		
	郵便番号																							
	地名																							
	住所	方書																						
個人番号																								
添付書類 (○印)	( ) 医師の診断書 (手帳用) ( ) 年金証書等の写し ( 級) 同意書											既存の手帳の有効期限	年	月	日	※								
	( ) 特別障害給付金受給資格者証等の写し ( 級) 同意書											既存の手帳の手帳番号					※							
	( ) 障害者手帳 ( 級) ( ) 写真 (縦4cm×横3cm)											前回の審査状況	診・年・他	級	※									
手帳受領者 (○印)	代行者	氏名																障害者との関係						
本人 (代行者)		住所	郵便番号																					
県処理欄※	障害等級	級	承認期間																から					まで

注

- 手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」、「障害年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込 (支払) 通知書の写し」又は「特別障害給付金受給資格者証 (特別障害者給付金支給決定通知書) 及び直近の国庫金振込通知書 (国庫金送金通知書) の写し」が必要です。
- 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために社会保険事務所又は各共済組合等に対し、年金の等級を照会することがあります。
- 写真は脱帽して上半身を写したものの (申請者の申出により、知事が宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。) で、1年以内に撮影したものを添付してください。
- ※の欄は記入しないでください。
- 記入に当たっては、黒又は青のボールペンを使用してください。

市町村受理印※

(改正前)

第十六号様式 (第十八条第一項)

年 月 日

障害者手帳交付申請書

千葉県知事 様

次の事項 (○印) について、申請します。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条による障害者手帳の

( ) 新規 ( ) 更新 ( ) 障害等級変更

( ) 他の都道府県又は千葉県からの住所変更による手帳交付

申請者本人	氏名	カナ													生年月日	年	月	日	
	(濁点は1マス使い、氏と名の間は1マスあけてください。)																		
	漢字													(印)					
	(申請者が自署することにより押印を省略できます。)																		
住所	郵便番号						市	郡	町村	電話番号									
	地名													( )					
	地方書													( )					
個人番号																			
添付書類 (○印)	( ) 医師の診断書 (手帳用)		( ) 年金証書等の写し ( 級) 同意書		既存の手帳の有効期限		年 月 日		※										
	( ) 特別障害給付金受給資格者証等の写し ( 級) 同意書		( ) 障害者手帳 ( 級)		既存の手帳の手帳番号				※										
	( ) 写真 (縦4cm×横3cm)		前回の審査状況		診・年・他		級		※										
手帳受領者 (○印)	代行者	氏名													障害者との関係		電話番号		
本人 (代行者)	住所	郵便番号									( )								
県処理欄※	障害等級	級	承認期間													から	まで		

注

- 手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」、「障害年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込 (支払) 通知書の写し」又は「特別障害給付金受給資格者証 (特別障害者給付金支給決定通知書) 及び直近の国庫金振込通知書 (国庫金送金通知書) の写し」が必要です。
- 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために社会保険事務所又は各共済組合等に対し、年金の等級を照会することがあります。
- 写真は脱帽して上半身を写したものを (申請者の申出により、知事が宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。) で、1年以内に撮影したものを添付してください。
- ※の欄は記入しないでください。
- 記入に当たっては、黒又は青のボールペンを使用してください。

市町村受理印※

--



(改正後)

第十九号様式 (第十九条)

障害者手帳記載事項変更届

年 月 日

千葉県知事 様

郵便番号 (〒 ー )

住 所

届 出 者 氏 名

(精神障害者本人) 個人番号

次の事項 (○印) について届け出ます。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定による障害者手帳の

{ ( ) 県内における住所変更 ( ) 他の都道府県からの住所変更 }  
{ ( ) 氏名の変更 }

手 帳 の 番 号							
障害者の氏名	フリガナ				生年月日	年 月 日	
変 更 の 内 容	(変更前)						
	(変更後)						
確 認 欄 ※	訂 正 済			県処理欄 ※			

(改正前)

第十九号様式 (第十九条)

障害者手帳記載事項変更届

年 月 日

千葉県知事 様

郵便番号 (〒 ー )

住 所

届 出 者 氏 名



(精神障害者本人) 個人番号

次の事項 (○印) について届け出ます。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定による障害者手帳の

{ ( ) 県内における住所変更 ( ) 他の都道府県からの住所変更 }  
{ ( ) 氏名の変更 }

手 帳 の 番 号							
障害者の氏名	フリガナ					生年月日	年 月 日
変 更 の 内 容	(変更前)						
	(変更後)						
確 認 欄 ※	訂 正 済				県処理欄 ※		

(改正後)

第十九号様式（第十九条）

---

注

- 1 手帳の番号、障害者の氏名、生年月日及び個人番号は必ず記載してください。
- 2 ※の欄は記入しないでください。
- 3 他の都道府県からの住所変更の場合には、本届書のほかに、手帳の交付申請書を提出してください。

市町村受理印※

第十九号様式（第十九条）

注

- 1 手帳の番号、障害者の氏名、生年月日及び個人番号は必ず記載してください。
- 2 ※の欄は記入しないでください。
- 3 他の都道府県からの住所変更の場合には、本届書のほかに、手帳の交付申請書を提出してください。
- 4 届出者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができます。

市町村受理印※

(改正後)

第二十号様式 (第二十条)

障害者手帳再交付申請書

年 月 日

千葉県知事 様

郵便番号 (〒 ー )

住 所

申 請 者 氏 名

(精神障害者本人) 個人番号

次の事項 (○印) について申請します。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定による障害者手帳の

( ) 破れによる再交付 ( ) 汚れによる再交付 ( ) 失ったことによる再交付

手帳の番号							
障害者の氏名						生年月日	年 月 日
※ 県処理欄							

注

- 1 手帳の番号、障害者の氏名、生年月日及び個人番号は必ず記載してください。
- 2 本申請書のほかに、写真 (縦4 cm×横3 cm) を提出してください。
- 3 紛失により再交付を受けた後、失った手帳を発見した場合は、速やかに返還してください。
- 4 ※の欄は記入しないでください。

市町村受理印※

市町村受理印※
---------

(改正前)

第二十号様式 (第二十条)

障害者手帳再交付申請書

年 月 日

千葉県知事 様

郵便番号 (〒 ー )

住 所

申 請 者 氏 名 印

(精神障害者本人) 個人番号

次の事項 (○印) について申請します。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定による障害者手帳の

( ) 破れによる再交付 ( ) 汚れによる再交付 ( ) 失ったことによる再交付

手帳の番号							
障害者の氏名						生年月日	年 月 日
※ 県処理欄							

注

- 1 手帳の番号、障害者の氏名、生年月日及び個人番号は必ず記載してください。
- 2 本申請書のほかに、写真 (縦4 cm×横3 cm) を提出してください。
- 3 紛失により再交付を受けた後、失った手帳を発見した場合は、速やかに返還してください。
- 4 ※の欄は記入しないでください。
- 5 申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができます。

市町村受理印※

--

(改正後)

第二十一号様式 (第二十条の二)

障 害 者 手 帳 返 還 届

年 月 日

千葉県知事 様

届出者 住 所  
氏 名

(障害者との続柄： )

下記のとおり障害者手帳を返還します。

記

障害者手帳の番号								障害等級	級
障害者の氏名						生年月日	年 月 日		
返還の理由	1 千葉県に住所がなくなった。 2 治癒・軽快した。 3 死亡した。 4 指定医の診察の結果、その者が施行令で定める精神障害の状態でないと判断され県知事から返還を命じられた。 5 その他 (理由 )								

市町村受理印※
---------

(改正前)

第二十一号様式 (第二十条の二)

障 害 者 手 帳 返 還 届

年 月 日

千葉県知事 様

届出者 住 所  
氏 名 印  
(障害者との続柄: )

下記のとおり障害者手帳を返還します。

記

障害者手帳の番号								障害等級	級
障害者の氏名						生年月日	年 月 日		
返還の理由	1 千葉県に住所がなくなった。 2 治ゆ・軽快した。 3 死亡した。 4 指定医の診察の結果、その者が施行令で定める精神障害の状態でないと判断され県知事から返還を命じられた。 5 その他 (理由 )								

注 届出者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができます。

市町村受理印※