

熊本市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則に規定する書類の様式等を定める要綱

制定 令和 元年 12月12日健康福祉局長決裁
 改正 令和 3年 3月23日障がい保健福祉課長改正
 令和 3年 7月16日障がい保健福祉課長改正
 令和 4年10月25日障がい保健福祉課長改正
 令和 5年 4月 1日こころの健康センター長改正
 令和 6年 3月15日健康福祉局長改正

(趣旨)

第1条 この要綱は、熊本市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（平成24年規則第122号。以下「規則」という。）第13条の規定に基づき、規則に規定する書類に記載すべき事項及びその様式を定めるものとする。

(記載すべき事項)

第2条 規則に規定する書類に記載すべき事項は、次条に規定する様式に記載された事項とする。

(様式)

第3条 次の表の左欄に掲げる規定に基づく同表中欄の書類の様式は、それぞれ同表右欄に定めるとおりとする。

規則等の条項	書類の名称	様式
第2条第1号	退院申出届出書	様式第1号
第2条第2号	措置入院者症状消退届出書	様式第2号
第2条第3号（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）第33条第1項又は第2項の規定による措置を採った場合の法第33条第9項の規定による届け出。）	医療保護入院届出書	様式第3号
第2条第3号（法第33条第3項後段の規定による措置を採った場合に限る。）	医療保護入院届出書（特定医師による医療保護入院者（法第33条第1項・第3項又は第33条第2項・第3項）の入院届及び記録）	様式第4号
第2条第4号（法第33条第6項の規定による措置を採った場合に限る）	医療保護入院者の入院期間更新届出書	様式第5号
第2条第5号	医療保護入院者の退院届出書	様式第6号
第2条第6号（法第33条の6第1項の規定による措置を採った場合に限る）	応急入院届出書	様式第7号

第2条第6号（法第33条の6第2項後段の規定による措置を採った場合に限る）	応急入院届出書（特定医師による応急入院（第33条の6第2項）届及び記録）	様式第8号
第2条第7号	措置入院者仮退院許可申請書	様式第9号
第2条第8号	障害者手帳申請書	様式第10号
第2条第9号	障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書	様式第11号
第11条	再入院届出書	様式第12号
第12条	事故報告書	様式第13号
法第22条第2項（申請書に係る部分に限る。）	診察保護申請書	様式第14号
法第33条第9項（同意書に係る部分に限る。）	医療保護入院に関する家族等同意書	様式第15号
法第33条第9項（同意書に係る部分に限る。）	医療保護入院期間の更新に関する家族等同意書	様式第16号
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和25年厚生省令第31号）第23条第2項第1号（診断書に係る部分に限る。）	診断書（精神障害者保健福祉手帳用）	様式第17号

附 則

この要綱は、令和元年12月16日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年7月16日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年10月25日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

2 この要綱の施行の前において、この要綱による改正前の熊本市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則に規定する書類の様式等を定める要綱の規定に基づき作成された用紙は、当分の間、必要な調整をして使用することができる。

様式第 1 号

退院申出届出書

年 月 日

熊本市長（宛）

病院の名称

所在地

管理者氏名

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者から退院の申出があつたので、同法第 26 条の 2 の規定により届け出ます。

入院者	住 所				
	氏 名		男・女	年 月 日生	
病名		入院	年 月 日	任意 医療保護 応急	入院
退院予定年月日		年 月 日			
症状の概要					
備考					

措置入院者症状消退届出書

年 月 日

熊本市長（宛）

病院の名称
所在地
管理者氏名

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。

記

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	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 症状像の経過 (措置症状の消退と関連し て記載してください。)				
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 (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				

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の欄は、精神保健指定医自身が署名してください。
- 3 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ字等を○で囲んでください。

様式第3号

(法第33条第1項又は第2項の規定による措置を採った場合)

医療保護入院届出書

年 月 日

熊本市長 (宛)

病院の名称
所在地
管理者氏名

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				生年 月 日 明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)				
	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	令和 年 月 日	今回の入院年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		
今回の医療保護入院の入院期間	令和 年 月 日まで	入院形態				
法第34条の規定による移送の有無	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()				
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載してください。〕 (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してください。)	(陳述者氏名 続柄)					
初回入院期間	昭・平・令 年 月 日 (入院形態)	～	昭・平・令 年 月 日			
前回入院期間	昭・平・令 年 月 日 (入院形態)	～	昭・平・令 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 4 その他() II 知能(軽度障害、中等度障害、重度障害) III 記憶 1 記憶障害 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 衝動行動 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()				
<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>	IX 食行動 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() 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()				
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				
選任された生活環境相談員の氏名					
同意をした家族等	氏名	(男・女)	続柄	生年 月 日	明・大 昭・平・令 年 月 日生
		(男・女)	続柄	月 日	明・大 昭・平・令 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					
審査会意見					
都道府県(市)の措置					

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してください。ただし、法第34条による移送が行われた場合には、この欄は、記載する必要がありません。
- 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してください。（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」と記載してください。）
なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載してください。
- 3 今回の医療保護入院の入院期間欄は、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してください。
- 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んで記載してください。
- 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してください。
- 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いてください。
- 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してください。
- 9 同意をした家族等の氏名欄は、親権者が両親の場合には、共に記載してください。
- 10 同意をした家族等の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合には、共に記載してください。
- 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○で囲んでください。

様式第4号

(法第33条第1項・第3項又は第33条第2項・第3項の規定による措置を採った場合)

医療保護入院届出書

(特定医師による医療保護入院者(第33条第1項・第3項又は第2項・第3項)の入院届及び記録)

年 月 日

熊本市長(宛)

病院の名称

所在地

管理者氏名

下記の者が、特定医師の診察の結果、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			生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)				
	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	令和 年 月 日 (午前・午後 時)		今回の 入院年月日	昭和 平成 令和 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、精神科受診歴等 を記載してください。)	(陳述者氏名 続柄)					
初回入院期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日 (入院形態)					
前回入院期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 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 記憶障害 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()					

<現在の精神症状>	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 衝動行動 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> <問題行動等> <現在の状態像>	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	令和 年 月 日 (午前・午後 時)	
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				
同意をした家族等	氏名	(男・女)	続柄	生年 月 日 明・大 昭・平・令 年 月 日生
		(男・女)	続柄	明・大 昭・平・令 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				

事後審査委員会意見	
-----------	--

記載上の留意事項

- 1 内は、特定医師の診察に基づいて記載してください。
- 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してください。（特定医師による入院を含む。その場合は「第33条の6第2項入院」と記載してください。）
なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載してください。
- 3 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してください。
- 4 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んで記載してください。
- 5 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。
- 7 入院を必要と認めた特定医師氏名の欄は、特定医師自身が署名してください。
- 8 確認し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してください。
- 9 同意をした家族等の氏名欄は、親権者が両親の場合には、共に記載してください。
- 10 同意をした家族等の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合には、共に記載してください。
- 11 事後審査委員会意見は、記録の場合について記載してください。
- 12 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○で囲んでください。

様式第5号

(法第33条第6項の規定による入院期間の更新を採った場合)

医療保護入院者の入院期間更新届出書

年 月 日

熊本市長 (宛)

病院名
所在地

管理者名

下記の医療保護入院者の入院期間を更新しましたので、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		生年月日	明・大昭・平成	年	月	日生						
	氏名	(男・女)		令	(満)	歳							
	住所	都道府県	市区	町村区									
医療保護入院年月日 (第33条第1項・第2項による入院)	昭和 平成 令和	年	月	日	今 回 の 入 院 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日				
					入 院 形 態								
入院届又は 前回の入院期間更新届での 入院期間		年	月	日	～	年	月	日	本 更 新 後 の 入 院 期 間	令和	年	月	日まで
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 ()									
入院又は前回更新日からの治療の内容と、その結果 (更新前の入院期間に係る病状または状態像の経過の概要)													
症状の経過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向												
<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 記憶障害 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 ()												
<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 (
医療保護入院の必要性 <small>(患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われている状態になりと判断した理由について記載すること。)</small>					
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等を含む。)					
本更新に係る診察の年月日	令和 年 月 日				
更新が必要と診断した精神保健指定医氏名	署名				
退院に向けた取組の状況 <small>(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の審議内容等について)</small>	医療保護入院者退院支援委員会での審議が行われた年月日 (令和 年 月 日)				
今回の更新の直前の入院又は更新に同意をした家族等	氏名	(男・女)	続柄	生年 明・大 昭・平・令 年 月 日生	
		(男・女)	続柄	月日 明・大 昭・平・令 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 昭和・平成・令和 年 月 日) 8 市町村長					
今回の更新に同意をした家族等 (上記の家族等と同じ場合は記載不要)	氏名	(男・女)	続柄	生年 明・大 昭・平・令 年 月 日生	
		(男・女)	続柄	月日 明・大 昭・平・令 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 昭和・平成・令和 年 月 日) 8 市町村長					
法第33条第8項の規定に基づき家族等の同意を得たものとみなした場合は、その旨等	<input type="checkbox"/> 法第33条第8項の規定に基づき、家族等の同意を得たものとみなした				
	家族等へ通知を発した日 年 月 日				
	家族等に示した回答期限 年 月 日 (回答期限は、通知を発した日から2週間を経過した日であることを留意)				
	通知をした家族等との連絡等の記録 (直近2件)				
令和 年 月 日 (□面会 □電話 □その他 ())					
令和 年 月 日 (□面会 □電話 □その他 ())					
審査会意見					
都道府県(市)の措置					

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 内は、今回の更新にあたって行われた精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 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 本更新後の入院期間の欄は、医療保護入院者退院支援委員会で審議された入院期間に留意した上で、当該医療保護入院から6月を経過するまでの間は3月、入院から6月を経過した後は6月を上限とした期限を定めて記載すること。
- 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。
- 5 更新が必要と診断し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。
- 6 退院に向けた取組の状況の欄については、今回の更新にあたって医療保護入院者退院支援委員会の審議が行われた年月日を記載すること。また、令和5年11月27日付障発1127第7号「措置入院者及び医療保護入院者の退院促進に関する措置について」(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)の別添様式2「医療保護入院者退院支援委員会審議記録」の写しを添付すること。その上で、
 - ①退院後生活環境相談員との最初の相談を行った時期やその後の相談の頻度等、
 - ②地域援助事業者の紹介の有無や紹介した地域援助事業者との相談の状況等、
 - ③医療保護入院者退院支援委員会での審議内容等について記載すること。
- 7 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。
- 8 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。
- 9 法第33条第8項の規定に基づき、家族等の同意を得たものとみなす場合は、「法第33条第8項の規定に基づき家族等の同意を得たものとみなした場合」にレ点を入れることとし、同意書の添付は不要であること。ただし、法第33条第6項による入院の更新に関する同意の通知をした時から更新するまでの間に、当該通知に係る家族等が、
 - ① 法第5条第2項に規定する家族等に該当しなくなったとき
 - ② 死亡したとき
 - ③ 意思を表示できないときのいずれかの事由に該当すると把握した場合には、同意を得たものとみなすことができないことに留意すること。また、同意を得たものとみなす場合は、通知をした家族等との連絡等の記録(直近2件)の欄に、直前の入院期間中、通知をした家族等と直近2回の連絡を取った際の年月日及び手段について記載すること。(通知をした家族等が親権者の両親である場合は、父又は母のいずれかと直近2回の連絡を取った際の年月日及び手段について記載すること。)
- 10 今回の更新に同意をした家族等の欄に記載がある場合は、法第33条第8項による同意を得たものとみなさないことに留意すること。
- 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。

医療保護入院者の退院届出書

年 月 日

熊本市長（宛）

病院の名称
所在地
管理者氏名

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

記

医療保護入院者	フリガナ			
	氏名	(男・女)		生年 月 日
	住所	都道 府県	郡市 区	町村 区
入院年月日 (医療保護入院)	昭・平・令 年 月 日			
退院年月日	令和 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 (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				

記載上の留意事項

- 1 入院年月日の欄は、第33条第1項又は第2項による医療保護入院の年月日を記載してください。
- 2 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ字等を○で囲んでください。

様式第7号

(法第33条の6第1項の規定による措置を採った場合)

応急入院届出書

年 月 日

熊本市長 (宛)

病院の名称
所在地
管理者氏名

下記の者が応急入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の6第5項の規定により届け出ます。

応急入院者	フリガナ			生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)				
	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・午後 時 分)					
法第34条第3項の規定による移送の有無	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載してください。) (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 (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					

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してください。ただし、法第34条による移送が行われた場合には、この欄は、記載する必要がありません。
- 2 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してください。

様式第8号

(法第33条の6第2項の規定による措置を採った場合)

応急入院届出書

(特定医師による応急入院(第33条の6第2項)届及び記録)

年 月 日

熊本市長(宛)

病院の名称

所在地

管理者氏名

下記の者が、特定医師の診察の結果、応急入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の6第5項の規定により届け出ます。

応急入院者	フリガナ		生年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)			
	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	令和 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、精神科受診歴等を記載してください。)	(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。)					
初回入院期間	昭・平・令 年 月 日～ 昭・平・令 年 月 日 (入院形態)				
前回入院期間	昭・平・令 年 月 日～ 昭・平・令 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 記憶障害 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 衝動行動 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> <問題行動等> <現在の状態像>	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()		
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 かった理由を含め、応急入院を採 った理由について記載してくださ 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妥当でない と判断した場合の理由			
事後審査委員会意見			

記載上の留意事項

- 1 内は、特定医師の診察に基づいて記載してください。
- 2 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してください。
- 3 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んで記載してください。
- 4 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。
- 6 入院を必要と認めた特定医師氏名の欄は、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の欄は、精神保健指定医自身が署名してください。
- 8 事後審査委員会意見は記録の場合について記載してください。
- 9 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○で囲んでください。

様式第9号

措置入院者仮退院許可申請書

年 月 日

熊本市長（宛）

病院の名称
所在地
管理者氏名

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、下記のとおり措置入院者の仮退院を申請します。

記

措置入院者	帰往地		入院年月日	年 月 日		
	氏名		生年月日		性別	男・女
病名		帰院年月日	年 月 日	午前		時
精神病棟の利用状況	許可病床		床	入院患者	名	
仮退院理由						
仮退院年月日	年 月 日		仮退院予定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
仮退院期間中の治療計画						
症状の概要						
予後の見通し						
指導方針						
備考						

障害者手帳申請書

熊本市長 様

受付年月日
※(受付印)

年 月 日

私は、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条に基づく精神障害者保健福祉手帳の
 [新規交付 ・ 更新 ・ 障害等級変更 ・ 市外からの転入による手帳交付]

申請者 (精神障害者 本人)	フリガナ 氏 名							生年月日	年 月 日		
	住 所	熊本市 区						電 話	()		
	個人番号 (マイナンバー)										
家族の 連絡先	フリガナ 氏 名							本人との続柄 (○印)	父 母 子 配偶者 兄弟姉妹 祖父母 その他 ()		
	住 所							電 話	()		
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 ・ 特別障害給付金受給資格者証等の写し (級) ・ 同意書 ・ 写真 (タテ4cm×ヨコ3cm) ・ 市外手帳の写し (級)	既存の 手 帳	有効期限	年 月 末							
			手帳番号	号							
			等 級	級							
申請書を提出した者	氏名					本人との 関係			住 所	電 話 ()	

注1 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、次の(1)から(3)のいずれかが必要です。

- (1) 「医師の診断書」
- (2) 「障害年金(精神)の年金証書(再発行手続中の場合は、年金裁定通知書)」及びその直近の振込(支払)通知書の写し
- (3) 「特別障害給付金資格者証(精神)」及びその直近の国庫金振込(送金)通知書の写し

注2 同意書は、年金証書等の写しによる申請の場合に、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障害等級を照会するためのもので、申請窓口の指示に従って提出してください。

注3 写真(タテ4cm×ヨコ3cm)は、脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したものを添付してください。

受付窓口記入欄 -----ここから下の欄には記入しないでください。-----

個人番号提供	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ※更新の方で前回確認できている方は有にチェックして下さい。 ※年金申請で、無の方は同意書が必須。手続きに2か月程度期間を要します。
申 請	同時申請 ・ 手帳のみ
備 考	受取場所 () 連絡 () 写真貼付 ・ 写真後日 送付先 () 貼替希望 ・ 写真不可

【管轄区： 中央 ・ 東 ・ 西 ・ 南 ・ 北 】

障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

熊本市長（宛）

受付年月日
※（印又は記入）
年 月 日

年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳について、次の事項（○印）の届出・申請をします。

1 〔 市内における住所変更 ・ 市外からの転入による住所変更 ・ 氏名の変更〕の届出
（変更内容）

旧	
新	

2 〔 汚れ ・ 破り ・ 紛失 ・ 更新欄の満了 ・ その他（写真貼付希望・ ）〕したための再交付の申請

申請者

住所

氏名

現行の手帳番号

注1 市外からの転入による住所変更をしたときは、本届書のほかに、障害者手帳申請書を提出してください。

注2 ※の欄は、記入しないでください。

再入院届出書

年 月 日

熊本市長（宛）

病院の名称
所在地
管理者氏名

熊本市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、下記のとおり届け出ます。

記

精神障害者	居住地			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				
再入院予定年月日	年 月 日				
症状及び管理者の意見					
備考					

事故報告書

年 月 日

熊本市長（宛）

病院の名称
所在地
管理者氏名

熊本市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第12条の規定により、下記のとおり報告します。

記

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	1 死亡 2 行方不明 3 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				
備考					

診察保護申請書

年 月 日

熊本市長（宛）

申請者 住所
氏名

年 月 日生

下記の者の診察及び医療保護をされるよう精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条第1項の規定により申請します。

記

精神障害者（疑いのある者）

現在場所（居住地）

氏名

（男・女）

年 月 日生

1 医師の診察を受けたことがある者は、その時期及び病名

2 症状の概要

3 現に本人の保護の任に当たっている者

住所

氏名

本人との続柄（ ）

医療保護入院に関する家族等同意書

1. 医療保護入院の同意の対象となる精神障害者本人

住所	〒
フリガナ	
氏名	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

2. 医療保護入院の同意者の申告事項

住所	〒	(〒)
フリガナ		
氏名		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	(大正・昭和・平成・令和 年 月 日)
本人との関係		
<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 昭和・平成・令和 年 月 日） なお、以下のいずれにも該当しないことを申し添えます。 ①本人と訴訟をした者、本人と訴訟をした者の配偶者又は直系血族、②家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人、補助人、③患者に対する虐待等（配偶者暴力、児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待）を行っている者、④精神の機能の障害により同意又は不同意の意思表示を適切に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者、⑤未成年者</p>		

※親権者が両親の場合は、両親とも署名の上記載して下さい。

以上について、事実と相違ないことを確認した上で、1の者を貴病院に入院させることに同意します。

(病院の管理者) 様

年 月 日

同意者 氏名
(氏名)

医療保護入院期間の更新に関する家族等同意書

1. 医療保護入院期間の更新に関する同意の対象となる精神障害者本人

住所	〒
フリガナ	
氏名	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

2. 医療保護入院期間の更新に関する同意者の申告事項

住所	〒	〒
フリガナ		
氏名		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

本人との関係

- 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・令和 年 月 日）

なお、以下のいずれにも該当しないことを申し添えます。

- ①本人と訴訟をした者、本人と訴訟をした者の配偶者又は直系血族、②家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人、補助人、③患者に対する虐待等（配偶者暴力、児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待）を行っている者、④精神の機能の障害により同意又は不同意の意思表示を適切に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者、⑤未成年者

※親権者が両親の場合は、両親とも署名の上記載して下さい。

以上について、事実と相違ないことを確認した上で、1の者について貴病院における入院の期間を更新させることに同意します。

(病院の管理者) 様

年 月 日

同意者 氏名
(氏名)

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

判定
1 該当(1級・2級・3級)
2 非該当 3 保留

氏名 住所 ①病名(ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載) ②初診年月日 ③発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容等(推定発病年月、受診頻度、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載) ④現在の症状、状態像等(該当する項目を○で囲む。) ⑤④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等 ⑥生活能力の状態(保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相当の能力と比較の上で判断する。) ⑦⑥の具体的程度、症状等(生活能力、家事・就労能力等について) ⑧現在の障害福祉等のサービスの利用状況(該当する項目を○で囲む。) ※過去2年間の入院歴の有無(有・無)有の場合(医療機関名及び入院期間を記載すること。) ※自立支援医療(精神通院)と同時に申請する場合は、⑩、⑪及び⑫(⑫については該当する場合のみ)を記入すること。 ⑩現在の治療内容(2)(3)は該当する項目を○で囲む。 ⑪今後の治療方針 ⑫医師の略歴(主たる精神障害がICDコードF00～F39・G40以外のものであって、「重度かつ継続」に該当すると判断される場合は、該当する□にレ印を記入するとともに、精神保健指定医である等、3年以上精神医療に従事した経験を有することがわかるように記載すること。)

