

(様式第 10 号)

医療保護入院及び応急入院のための移送に関する診察記録票

フリガナ		生年	年 月 日
氏 名	(男・女)	月日	(満 歳)
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、精神科又は神経科受診歴等を記載すること)	(陳述者氏名 続柄)		
現在の病状又は状態像	(医療保護入院者の入院届の「現在の病状又は状態像」の欄に準じる)		
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 理 由			
判 定 結 果	1 医療保護入院又は応急入院が必要	2 不 必 要	
移送の手段における 行動の制限	行動制限の有無	1 行動制限を行った	2 行わなかった
	症 状		
	開始日時	月 日	時 分
	告 知	1 告知を行った	
その他の特記事項			
以上のとおり診断する。	年 月 日		
	精神保健指定医氏名	署名	