

(様式第2号)

(第1面)

移送制度適用に係る意見書

年 月 日

精神保健課長 様

保健センター所長

下記の者に対し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第47条の規定に基づき相談指導等を実施しておりますが、下記の状況から、同法第34条の規定による移送が必要と考えられるため、移送制度の適用を検討願います。

対 象 者	氏名	(男・女)				
	生年月日					
	住所					
	保険の種類	1.国保 2.社保(本人・家族) 3.各種共済(本人・家族) 4.生保 5.保険なし 6.その他()				
相談者	1.家族等(同居・別居) 2.その他() 3.無し(単身者)					
	氏名	(続柄)				
	住所					
家 族 等 (相談者以外で対象者と係わりを持つ親族等。成年後見人、保佐人を含む。)	氏名	続柄	同居/別居	入院同意	家族構成	
生活歴						

(第2面)	
治療歴	(通院・入院の有無、医療機関名、診断名、期間、入院形態等具体的に記載すること。)
症状の概要 (・幻覚、妄想、病的な 行動等の有無 ・自傷他害行為の有無 ・身体疾患の有無 等)	
保健センターにおける 相談指導等の経過	
関係機関等の意見	
保健センター所長意見	