

(様式第3号)

(第1面)

移送制度に係る精神障害者等診察依頼書兼同意書

年 月 日

堺 市 長 様

住 所

氏 名

対象者との続柄

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条の規定による移送制度の説明を受け、了承しましたので、下記の診察対象者についての診察を依頼します。

また、診察の結果、移送が必要と判断された場合は、医療保護入院させるため応急入院指定病院に移送することに同意します。

診 察 対 象 者	住 所	
	氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	
診 察 希 望 場 所		
症 状 の 概 要 移送を希望する理由等 (既往症(精神障害)の ある者はその旨記入 すること)		

[診察希望場所付近の略図]

[診察希望場所の間取り等]