

精神病入院要否意見書

※1 新規				{ (1) 現在入院中 2 継続入院 (2) その他		※受理年月日		年 月 日		
※患者氏名 (男・女)			※生年月日		年 月 日生 (満 歳)		※指定医療機関名			
※居住地 (地区)										
※※患者の職業				※※発病年月日		年 月 日				
現在の入院形態				当院入院年月日 (入院形態)		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				
※※生活歴及び現病歴		(陳述者氏名 続柄)					現在の病状 又は状態像			
精神科又は神経科受診歴等を含め記載すること。										
初回入院期間		年 月 日～		年 月 日		入院外医療が困難な理由				
前回入院期間		年 月 日～		年 月 日						
初回から前回までの入院回		計 回								
過去6か月間の病状又は状態像の変化の概要		I 悪化傾向 II 動揺傾向 III 不変 IV 改善傾向				医学的総合判定				
		特記事項				判 定		見込み期間		
						1 要入院医療…………… ()		1 今回診療日以降1か月間		
						2 要入院外医療…………… ()		2 第2か月目以降6か月目まで		
						3 医療不要		円 円		
過去6か月間の外泊の実績		I 1回 II 2回 III 3回以上 IV なし				上記のとおり診療を(1 要する 2 要しない)と認めます。 大分県西部保健所地域福祉室長 殿 年 月 日 指定医療機関の所在地及び名称 院(所)長 (担当医師)				
現在の外出許可の状況		I 外出禁止								
		II 院内外出許可(1 単独 2 他の患者同伴 3 看護者、家族等同伴)								
		III 院外外出許可(1 単独 2 他の患者同伴 3 看護者、家族等同伴)								
						※ 福祉事務所嘱託医の意見				
						※ 本庁医系職員の意見				
						※ 審議会の判定				

(注意) 1 ※印欄は、福祉事務所が記入します。
2 ※※印の欄は、欄外に継続入院となっている場合は、記入の必要がありません。
3 この精神病入院要否意見書の記入要領及びこの患者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項の規定に基づく措置入院の要件に該当すると認められたときの取扱いは、裏面を読んでください。
4 概算医療費については、診療開始後6月間に限り、「概算医療費」欄の「1 今回診療日以降1月間」にこの精神病入院要否意見書による診療日以降1月間に要する医療費概算額を、「2 2月目以降6月目まで」に1月間を超えて診察を必要と認めるものについて2月目以降6月目までに要する医療費概算額を記入してください。

記入要領

- 1 「患者の職業」欄は、できるだけ発病前の職業を記入してください。
- 2 「生活歴及び現病歴」欄は、性格、特徴等を記入し、他診療所及び他病院での受診歴についても聴取して記入してください。
また、継続入院の場合であっても、新たに判明した事実があるときは記入してください。
- 3 「初回入院期間・前回入院期間」欄は、他病院での入院歴についても聴取して記入し、入院歴がないときは、記入する必要はありません。
- 4 「現在の病状又は状態像」欄は、この精神病入院要否意見書を作成するまでの過去数月間に認められた病状又は状態像について、主として最近のそれに重点を置いて、該当するすべてのローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲んでください。

（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当すると認められた場合の連絡）

新たに入院しようとする患者（社会保険又は自費等で入院していた者が引き続き生活保護法により入院しようとする場合を含む。）でこの意見書を提示した者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当する病状であると認められるときは、直ちにその旨福祉事務所に連絡してください。

また、既に生活保護法により、入院している患者であっても、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当する病状であると認められるに至ったときは、直ちにその旨福祉事務所に連絡してください。

（注）上記の患者については福祉事務所長が都道府県知事に対して精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第23条の申請を行いますが、その結果については、福祉事務所からも必要な事項をお知らせします。