

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に
規定する入退院の届出等における記載の手引き
～記載上の留意点～

医療保護入院者の入院届・・・・・・・・・・	2
医療保護入院者の入院期間更新届・・・・・・・・	7
医療保護入院者の退院届・・・・・・・・・・	12
応急入院届・・・・・・・・・・	14
措置入院者の定期病状報告書・・・・・・・・	15

令和7年6月版
大阪府精神医療審査会事務局

＜医療保護入院者の入院届＞

項目名	記入上の留意事項
記載にあたって	・パソコン等により印刷する際は、9ポイント以上の活字になるようにしてください。 ※この手引きの文字の大きさが9ポイントです。参考にしてください。 届はA3の用紙に収まるように記載をお願いしていますが、9ポイントの活字で枠内に入らない場合は、別紙に続きを記載し、届に糊付けをして入院届との間に管理者印または届を記載した精神保健指定医の割印を押してください。枠内に収まっても9ポイント以下になる場合は、別紙に拡大したものを添付（貼付）してください。この場合、割印は不要です。 ・<u>届の様式の最後にある「記載上の留意事項」を参考に記載してください。（記載上の留意事項については、提出の必要はありません。）</u>
☐ 内(太枠線内)	・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は ☐ 内(太枠線内)は記載する必要はありませんが、<u>移送に関する「事前調査票及び移送記録票」と「診察記録票」を添付してください。</u>
①年度別一連番号	・送付名簿の一連番号を転記してください。
②年月日	・法第33第1項又は第2項による医療保護入院日の翌日から起算して10日以内で、保健所へ提出した年月日を記載してください。（例：令和6年4月1日に医療保護入院した場合は、令和6年4月11日までに提出とする）
③病院名・所在地・管理者名	・押印不要です（令和3年度より）。
④医療保護入院者	・氏名は漢字の異体字を区別し、フリガナを必ず記入してください。 ・生年月日のみでなく、<u>年齢を必ず記入してください。</u> ・<u>氏名、住所、生年月日の記載が同意書などの提出書類の間で一致しているかどうか確認してください</u>
⑤家族等の同意により入院した年月日	・家族等の同意により入院（法第33条第1項又は第2項の入院）した年月日を記載してください。<u>特定医師の診察により入院となった場合も、家族等が同意した日付を記入してください。</u> ・「⑨生活歴及び現病歴」に記載の入院年月日、同意書と整合性がとれるよう記載してください。
⑥今回の医療保護入院の入院期間	⑤から3ヶ月以内の日付を記載してください。
⑦第34条による移送の有無	・どちらかを○で囲んでください。
⑧今回の入院年月日入院形態	・今回貴病院に入院した年月日を記載し、<u>その後、本届の医療保護入院までに入院形態の変更があった場合（任意・応急・措置等の入院形態）はすべてを順に記載してください。</u> 旧法第33条2項の入院の場合は、「旧33-2」 特定医師による入院の場合は、「特定医師-1項・2項・応急」と記載してください。 ・「⑩生活歴及び現病歴」の記載の入院年月日と整合性がとれるよう記載してください。 例： ＜令和○年4月1日に医療保護入院した場合＞ 家族等の同意により入院した日・・・・・・ 令和○年4月1日 今回の入院年月日・・・・・・ 令和○年4月1日（33-1又は2） ＜令和○年4月1日に任意入院の後、同年4月5日に医療保護入院に切替わった場合＞ 家族等の同意により入院した日・・・・・・ 令和○年4月5日 今回の入院年月日・・・・・・ 令和○年4月1日（任意） 令和○年4月5日（33-1又は2） ＜家族等の同意で特定医師による入院が4月1日、指定医が4月2日に確認した場合＞ 家族等の同意により入院した年月日・・・・・・ 令和○年4月1日 今回の入院年月日・・・・・・ 令和○年4月1日（特定医師-1項） 令和○年4月2日（33-1又は2） ＜平成●年1月1日に医療保護入院後、平成○年6月1日に任意入院に切替、令和△年4月1日に医

⑨病名	療保護入院切り替わった場合＞ 家族等の同意により入院した日・・・令和△年4月1日 今回の入院年月日・・・・・・・・・・平成●年1月1日（33-1又は2） 平成○年6月1日（任意） 令和△年4月1日（33-1又は2） ・報告時点での病名を記載し、（ ）内に ICD カテゴリーを F コードで必ず記入してください。 ・主たる精神障害については、法第5条の定義による精神障害であり、かつ医療及び保護のために一定期間の入院が必要であると認められるものである必要があります。神経症、思春期危機、性同一性障害などは医療保護入院の病名としては不適切と考えられるため、適切な精神疾患名を記載してください。 ・「てんかん（G コード）」については、身体合併症に記載してください。
注1)「○○疑い」「○○状態」の記載について	・アルコール依存症、心因反応、境界例、精神衰弱及び「○○疑い」「○○の状態」等の病名については、医療保護入院の必要性について、具体的に記載してください。 ・やむを得ず「入院届」の提出期限内に精神疾患の病名を確定できない場合には「主たる精神障害」欄にその「状態像診断」を記載してください。「○○の疑い」を併記する場合は「従たる精神障害」欄に記載してください。ICD カテゴリーについても「F○の疑い」「F○またはF△」と記載し、空欄にならないようにしてください。
⑩生活歴及び現病歴	・生活歴については、家族状況（同胞○名第○子、婚姻歴、子○人）、学歴、職歴等を簡潔に記載してください。 ※精神科では、患者の生活歴は医学的にきわめて重要な資料であるため、簡潔で要領を得た生活歴の記載をお願いしております。また、入院同意や退院請求申し立てなどに一定範囲の家族が関与できるので、医学的と共に法的手続き面からも、生活歴の中に家族歴の記載を含めていただきますよう、ご協力をお願いします。 ・現病歴については、発病時期、受診歴、今回の入院（任意入院からの切替含む）に至る経過などの概略を記載してください。他診療所及び他病院での受診歴も聴取して記載してください。 ・陳述者氏名、続柄については、その情報の出所を明らかにするために必ず記載してください。家族でなくとも入院時に同行してきた者や実際に話を聞いた者（家族等、市職員、警察官、施設職員、病院職員、施設職員など）の氏名や職名等を記載してください。 なお、陳述は本人以外の人物から得る必要がありますが、入院時に本人が単独で受診した場合や陳述者が判明しない等やむを得ない場合に限り「本人」や「診療録」と記載してください。 ・特定医師による入院で、事後指定医の確認を行った際には、<u>特定医師の採った措置の妥当性について必ず記載してください。</u> ・「⑤家族等の同意により入院した年月日」「⑪入院期間、初回から前回までの入院回数」と整合性がとれるよう記載してください。 ・英語表記（ope、hp、OD などの略語含む）を原則使用せず、<u>医療関係者以外にもわかるよう日本語またはカタカナでの記載をお願いします。</u>
⑪入院期間、初回から前回までの入院回数	・貴病院の入院歴だけではなく、<u>精神保健福祉法に基づく精神科病院での初回から前回までの入院開始年月日及び退院年月日並びに入院形態</u>を聴取して記載してください。 なお、入院期間中に入院形態に変更があった場合は、その経過を記載してください。（例：措置→医療保護→任意） ・明確な入院年月日、退院年月日、入院形態、入院回数が不明の場合は、<u>空欄にせず、それぞれの該当箇所に「不明」または「不詳」もしくは「…年頃、…月頃」・「…回以上」等、把握している範囲で記載してください</u>（例：初回入院期間：平成10年頃から不詳） ・初回と前回の入院期間が同じ場合は同じ内容を記載してください。「同上」も可 ・今回の入院が初回の場合は、0回と記載してください。 ・「⑩生活歴及び現病歴」と整合性がとれるよう記載してください。
⑫現在の精神症状	・一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められた精神症状、問題行動及び状態像をさすものとし、主として最近のそれに重点を置いて、<u>該当するすべてのローマ数字・算用数字を○で囲んでください</u>。該当する項目がない場合は、その他欄等に記載してください。 ・「⑨病名」と整合性がとれるよう記載してください。
その他の重要な症状	・物質依存については、（ ）内に、アルコール、覚醒剤などの物質名を記載してください。
注2)認知症性疾患及び知的障害等について	・<u>精神保健福祉法の適正な運用という考え方からすると、認知症性疾患や知的障害等についての記載にあたっては、医療保護入院治療の対象となる随伴症状や問題行動についての記載及び該当症状項目への○付けが必要です。</u>
現在の状態像	・現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等を総括して、＜現在の状態像＞に該当す

⑬医療保護入院の必要性 ⑭入院を必要と認めた精神保健指定医氏名 ⑮選任された退院後生活環境相談員の氏名 ⑯同意をした家族等	る状態の算用数字を1つ以上○で囲んでください。 ・「⑨病名」と整合性がとれるよう記載してください。 ・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。特に、①医療保護入院を必要とする<u>具体的精神症状とその内容</u>、②病識の有無、③同意の有無もしくは同意能力の有無の3点については必ず記載してください。 ①の具体的精神症状については、「日本精神科救急学会のガイドライン」の「非自発的入院の判断基準」の第3項から第5項について等を参考として記載してください。 非自発的入院の判断基準(「日本精神科救急学会のガイドライン」より) 第3項:この病態のために、社会生活上、自他に不利益となる事態が生じている 第4項:医学的介入なしには、この事態が遷延ないし悪化する可能性が高い。 第5項:医学的介入によって、この事態の改善が期待される。 ・精神保健指定医自身が署名してください。ゴム印や代筆、カーボン紙による複写は不可です。精神保健指定医の氏名が判別できるように、明瞭に記載してください。 ・記名で可。 ・同意を得た時点に確認した、氏名、続柄、生年月日、住所、選任年月日等を記載してください。誤記や記載漏れに注意し、同意書と一致しているかを確認してください。 ・父母が同意をされた場合で、患者本人が18歳未満のときは、親権者で「ある」か「ない」かに○をつけてください（患者本人が18歳以上の場合、チェックは不要です）。また、<u>両親の離婚等により、親権者1名のみが同意者となった場合には、その旨が確認できるように、「⑩生活歴及び現病歴」に記載してください。</u> ・家庭裁判所が選任した扶養義務者の場合は、選任審判書謄本発行日ではなく、選任審判年月日を記載してください。 ※3親等以内の親族のうち、おじ、おば、甥、姪などは家庭裁判所の審判を受けて扶養義務者となっている場合のみ、同意ができます。その場合は家庭裁判所の選任審判書の写しを添付してください。ただし、平成26年3月末までに保護者として選任を受けているおじ、おば、甥、姪等は、その選任書の写しで可。 ・同意者が市町村長である場合は氏名欄に「〇〇市長」とだけ記載してください。続柄、生年月日等の記載は不要です。また、「⑩生活歴及び現病歴」にその経過がわかるように記載をしてください（例：両親死亡、兄は行方不明など） ・後見人、保佐人が同意者の場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。 ・補助人、内縁関係者や任意後見人は、家族等に含まれませんので、医療保護入院の同意はできません。
【添付書類】	・保健所提出用と大阪府提出用は、同じ添付書類を送付してください。
医療保護入院に関する家族等同意書の写し 登記事項証明書等の写し	・同意者が、扶養義務者の場合は、同意書の「7 家庭裁判所が選任した扶養義務者」の（ ）内には、その者の氏名を記載し、空白にならないようにしてください。 ・提出前に、同意書の内容と届の内容に相違がないか、よく確認してください。 ・同意書の訂正は、同意書に署名した者の署名や押印で訂正してください。 ・同意者が、後見人・保佐人の場合には、登記事項証明書の写しを添付してください。後見・保佐開始の審判申立書の添付では不可です。 ・同意者が、直系血族、兄弟姉妹以外の扶養義務者の場合は、家庭裁判所の選任審判書の写しを添付してください。
【提出方法】 【訂正印について】	・入院届は山折りにし、入院届の右端に添付書類（別紙があれば別紙も）を重ね、端で糊付けしてください。 ・府提出用送付名簿・府提出用入院届／保健所提出用送付名簿・保健所提出用入院届の順に並べて貴院所在地を管轄する保健所に提出してください。 ・医療保護入院後、必ず10日以内（※注釈1、注釈2）に保健所へ到達するように提出してください。到達日が提出日になりますのでご注意ください。 ※注釈1：期間満了日が保健所の休日の場合はその翌日【参考】大阪府の休日に関する条例 ※注釈2：特定医師が診察して医療保護入院になった場合は、その後の精神保健指定医の診察により医療保護入院となった翌日から起算して10日以内 ・届の訂正箇所には「管理者である旨の刻印」または「管理者の個人名印」もしくは「署名した指定医名の印」を押して訂正してください。（訂正箇所に訂正者が署名することでも可。） ・同意書の訂正は、同意者の署名や押印で訂正してください。

大阪府提出用

① 年度別一連番号

—

医療保護入院者の入院届

② 令和 年 月 日

※保健所への提出年月日を記載

大阪府知事 様

病 院 名

③ 所 在 地

管理者名

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。

④ 医 療 保 護 入 院 者	フリガナ			生 年 月 日	明・大 昭・平 令 年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所	同意書と一致している必要あり。			
⑤ 家族等の同意により入院した年月日	令和 年 月 日	⑧ 今 回 の 入院年月日 入院形態	昭和・平成・令和 年 月 日 入院形態 ()		
⑥ 今回の医療保護入院の入院期間	令和 年 月 日まで		昭和・平成・令和 年 月 日 入院形態 ()		
⑦ 第34条による移送の有無	あり なし どちらかに○(「あり」の場合は以下の太枠内の記載不要)。		昭和・平成・令和 年 月 日 入院形態 ()		
⑨ 病 名	1 主たる精神障害 記載漏れに注意 ICD カテゴリー (F)	2 従たる精神障害 ICD カテゴリー (F)	3 身体合併症 生活歴及び現病歴の記載と一致しているかどうか確認。 「てんかん (Gコード)」は身体合併症に記載。		
	生活歴及び現病歴 生活歴については、家族状況(同胞○名第○子、婚姻歴、子○人)、学歴、職歴等を簡潔に記載すること。 現病歴については、発病時期、受診歴、今回の入院(任意入院からの切替含む)に至る経過などの概略や、他診療所及び他病院での受診歴も聴取して記載すること。 パソコン等により印刷する際は、9ポイント以上の活字とすること。 9ポイントの活字で枠内に入らない場合は、別紙に記載(割印必要) 9ポイント以下の場合は、必ず拡大したものを添付すること。 【陳述者氏名、続柄欄の記載漏れに注意。】				
⑩ 初 回 入 院 期 間	他院を含む精神科病院での初回から前回までの入院開始年月日及び退院年月日並びに入院形態を記載。入院年月日、退院年月日、入院形態、入院回数が不明の場合は、それぞれの該当箇所に「不明」または「不詳」もしくは「…年頃、…月頃」・「…回以上」等を記載。 (例：初回入院期間：平成10年頃から不詳)				
⑪ 前 回 入 院 期 間					
初 回 から 前 回 までの 入 院 回 数	今回の入院が初回入院の場合は「0回」と記載。 初回と前回が同じ場合も空欄にせず、同じ内容を記載すること(「同上」でも差し支えない)。				

⑫

＜現在の精神症状＞	該当する全てのローマ数字、算用数字を○で囲む。 診断名、生活歴及び現病歴あるいは医療保護入院の必要性の記述と矛盾することのないように注意。
-----------	---

⑬

＜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 ((該当する場合は <u>物質名</u> を記載。)) 4 その他 () 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等を総括して、＜現在の状態像＞に該当する状態の算用数字を○で囲む。(必ず1つ以上)
------------------------------------	---

⑭

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すること。)	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具体的な記載。 ① 精神科医療保護入院を必要とする 具体的 精神症状とその内容 ② 病識の有無 ③ 同意の有無もしくは同意能力の有無	} 必須
--	---	------

⑮

入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	署名 診断した精神保健指定医自身が署名すること。(ゴム印、代筆等は不可) 府提出用は <u>直筆</u> のもの。
--------------------	--

⑯

選任された退院後生活環境相談員の氏名	
--------------------	--

⑰

同意をした家族等	氏 名	(男・女) (男・女)	続 柄	生年	明・大 昭・平・令	年 月 日生
				日 日	明・大 昭・平・令	
	住 所	府 県	区	区		
		都道 府県	都市 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 8 市町村長						家族等の続柄の数字が 同意書の続柄の数字と 異なっていないか確認。

続柄、生年月日、住所、選任年月日等、誤記や記載漏れに注意。氏名、住所は同意書と一致しているかどうか確認すること。

審 査 会 意 見	
都 道 府 県 の 措 置	※この欄は記載しないこと。

【訂正印について】書き損じ等記載事項の変更の際には、当該箇所上に二重線を引き、複写部分を含め、各用紙に訂正印(病院管理者の印・管理者個人名の印・署名した指定医の印)を押してください。

＜医療保護入院者の入院期間更新届＞

項目名	記入上の留意事項
記載にあたって	・パソコン等により印刷する際は、9ポイント以上の活字になるようにしてください。 ※この手引きの文字の大きさが9ポイントです。参考にしてください。 - 届は A3の用紙に収まるように記載をお願いしていますが、9ポイントの活字で枠内に入らない場合は、別紙に続きを記載し、報告書に糊付けをして報告書との間に管理者院または報告書を記載した精神保健指定医の割印を押してください。枠内に収まっていても9ポイント以下になる場合は、別紙に拡大したものを添付（貼付）してください。この場合、割印は不要です。 ・届の様式の最後にある「記載上の留意事項」を参考に記載してください。（記載上の留意事項については、提出の必要はありません。）
☐ 内（太枠内）	・精神保健指定医の診察に基づいて記載してください。
①年度別一連番号	・送付名簿の一連番号を転記してください。
②年月日	・保健所への提出年月日を記載してください。
③病院名・所在地 管理者名	・押印不要です。
④医療保護入院者	・氏名は漢字の異字体を区別し、フリガナを必ず記入してください。 ・生年月日のみでなく、年齢を必ず記入してください。
⑤医療保護入院年月日	・家族等の同意により入院（法第33条第1項又は第2項の入院）した年月日を記載してください。<u>特定医師の診察により入院となった場合も、家族等が同意した日付を記入してください。</u>
⑥今回の入院年月日	・今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄に任意・応急・措置等の入院形態を記載してください。 ・旧法第33条2項の入院の場合は、「旧33-2」と、特定医師による入院の場合は、「特定医師ー1項・2項・応急」のように記載してください。 ・複数の入院形態を経ている場合は、順に記載してください（複数行記載することになります）。例は入院届の注意事項を参考にしてください。
⑦入院届又は前回の入院期間更新届での入院期間	・更新が1回目の場合は、医療保護入院年月日から入院期間満了日を記載してください。2回目以降の更新では、前回の更新日（入院期間満了日の翌日）から前回の入院期間満了日を記載してください。
⑧本更新後の入院期間	・入院届の「家族等の同意により入院した年月日」欄（又は、前回の更新届の「医療保護入院年月日」欄）の日付から6ヶ月を経過していなければ、3ヶ月以内、6ヶ月を経過していれば6ヶ月以内の期間としてください。
⑨病名	・更新時の診察時点での病名を、ICD 分類で記載していただき、（ ）内に ICD カテゴリー（Fコード）で記入してください。
⑩入院又は前回更新日からの治療の内容と、その結果	・入院届の提出後または前回の更新後の、具体的な精神科の治療内容と、その結果どのように状態像が経過したかの概要を記載してください。<u>通院又は任意入院への変更をめざして病院が行った治療の内容を具体的に記載してください。</u> ※ 生活歴及び現病歴の記載は不要です。
⑪症状の経過	・「⑩入院又は前回更新日からの治療内容と、その結果」の概要を踏まえた症状の経過について、1から4のうち該当する算用数字を1つ○で囲んでください。
⑫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	・一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められた精神症状、問題行動及び状態像をさすものとし、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・算用数字を○で囲んでください。該当する項目がない場合は、その他欄の（ ）内に記載してください。 ・現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等を総括して、＜現在の状態像＞に該当する状態の算用数字を○で囲んでください。＜現在の状態像＞は必ず1つ以上○をつけてください。
注）認知症性疾患及び知的障害等について	・精神保健福祉法の適正な運用の考え方からすると、認知症性疾患や知的障害等についての記載にあたっては、精神科医療保護入院治療の対象となる随伴症状や問題行動についての記載及び該当項目への○付けが必要です。
⑬医療保護入院の必要性	・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。特に、①医療保護入院を必要とする具体的精神症状とその内容、②病識の有無、③同意の有無もしくは同意能力の有

⑭今後の治療方針 ⑮本更新に係る診察年月日 ⑯更新が必要と診断した精神保健指定医氏名 ⑰退院に向けた取組の状況 ⑱今回の更新の直前の入院又は更新に同意した家族等 ⑲今回の更新に同意をした家族等 注) 同意者について ⑳法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	無の3点については必ず記載してください。 - 患者本人の病識や治療への意欲を得るための取組を含めた治療方針について、<u>患者の状態に沿った具体的な内容</u>を記載してください。 - 指定医が更新を必要と判断した診察の年月日を記載してください。診察日は入院期間満了日の1か月前から、入院期間満了日までの日付となっているか確認してください。 - 精神保健指定医自身が署名してください。ゴム印や代筆、カーボン紙による複写は不可となります。<u>精神保健指定医の氏名が判別できるように、明瞭に記載してください。</u> 「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」欄には、退院支援委員会の開催日を必ず記載してください。更新前の入院期間満了日の1か月前から入院期間満了日までの日付になっているか確認してください。 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状況、地域援助事業者との相談状況等 ③医療保護入院者退院支援委員会での審議内容等 について記載してください。 - 前回（医療保護入院時又は更新時）の同意者について記載してください。「⑲今回の更新に同意をした家族等」と同じ場合は、⑲への記載は不要となりますが、⑱に今回の更新時に得た同意書の内容から正確に記載してください。 「⑱今回の更新の直前の入院又は更新に同意した家族等」と同意者が異なる場合に記載してください。 - 父母が同意をされた場合で、患者本人が18歳未満のときは、親権者で「ある」か「ない」かに○をつけてください（患者本人が18歳以上の場合、チェックは不要です）。 - 家庭裁判所が選任した扶養義務者の場合は、選任審判書謄本発行日ではなく、選任審判年月日を記載してください。 ※3親等以内の親族のうち、おじ、おば、甥、姪などは家庭裁判所の審判を受けて扶養義務者となっている場合のみ、同意ができます。その場合は家庭裁判所の選任審判書の写しを添付してください。ただし、平成26年3月末までに保護者として選任を受けているおじ、おば、甥、姪等は、その選任書の写しで可。 - 同意者が市町村長である場合は氏名欄に「〇〇市長」とだけ記載してください。続柄、生年月日等の記載は不要です。 - 後見人、保佐人が同意者の場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。 - 補助人、内縁関係者や任意後見人は、家族等に含まれませんので、医療保護入院の同意はできません。 - 法33条第8項の規定に基づくみなし同意とされる場合は、□にチェックをつけてください。 この場合、同意書の添付は不要です。 「家族等へ通知を発した日」は入院期間満了日の1か月前から2週間前までの日付を、また「家族等に示した回答期限」は通知を発した日から2週間を経過した日で、期間満了日までの日付になっているか確認してください。
【添付書類】	添付書類については、府・保健所とも同じものを添付してください。
医療保護入院期間の更新に関する家族等同意書の写し	- 同意者が、扶養義務者の場合は、同意書の「7 家庭裁判所が選任した扶養義務者」の（ ）内には、その者の氏名を記載し、空白にならないようにしてください。 - 提出前に、同意書の内容と届の内容に相違がないか、よく確認してください。 - 同意書の訂正は、<u>同意書に署名した者の署名や押印で訂正してください。</u> 入院期間の更新について家族等に同意を求める場合は、指定医の診察及び退院支援委員会が開催され、家族等への通知日以降の日付で同意を得るようにしてください。
登記事項証明書等の写し	- 同意者が、後見人・保佐人の場合には、登記事項証明書の写しを添付してください。後見・保佐開始の審判申立書の添付では不可です。 - 同意者が、直系血族、兄弟姉妹以外の扶養義務者の場合は、家庭裁判所の選任審判書の写しを添付してください。
退院支援委員会審議記録の写し	医療保護入院者退院支援委員会審議記録の「現在の入院期間」欄の入院の開始日は、「家族等の同意により入院した年月日」を記載してください。

【提出方法】	・報告書は右端に添付書類（別紙があれば別紙も）を重ね、糊付けしてください。送付名簿を添えて貴病院の所在地を管轄する保健所に提出してください。 ・更新前の入院期間満了日以前は、提出はできません。更新された日から10日以内に必ず提出してください。 ・<u>保健所への到達日が提出日</u>となりますので、ご注意ください。 ・月末が保健所の休日の場合はその翌日になります。（参考：大阪府の休日に関する条例）
【訂正印について】	・報告書の訂正箇所には「管理者である旨の刻印」または「管理者の個人名印」もしくは「署名した指定医名の印」を押してください。（訂正箇所に訂正者が署名することでも可。） ・同意書の訂正は、同意書者の署名や押印で訂正してください。

大阪府提出用

医療保護入院者の入院期間更新届

年度別一連番号番

—

大阪府知事 様

病 院 名

所在地

管理者名

令和 年 月 日

※保健所への提出年月日を記載

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。

④ 医療保護入院者	フリガナ		生 年 月 日	明・大昭・平令	年齢を忘れずに記入のこと (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所	同意書と一致している必要あり。			
⑤ 医療保護入院年月日 (第33条第1項・第2項による入院)	入院届の「家族等の同意により入院した年月日」と同じ日付を記載		⑥ 今 回 の 入 院 年 月 日 ・ 入 院 形 態	※必要に応じて行を追加して記載	
⑦ 入院届又は 前回の入院期間更新届での 入 院 期 間	医療保護入院日から入院期間満了日まで 2回目以降の更新では、前回の更新日から入院 期間満了日までを記載		本更新後の 入 院 期 間	令和 年 月 日まで	
⑨ 病 名	1 主たる精神障害 ICD カテゴリー (F)	2 従たる精神障害 ICD カテゴリー (F)	3 身体合併症		
⑩ 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)	入院届の提出後または前回の更新後の、具体的な精神科の治療内容と、その結果どのように状態像が経過したかの概要を記載。通院又は任意入院への変更をめざして病院が行った治療の内容を具体的に記載すること。				
⑪ 症 状 の 経 過	該当する算用数字を必ず1つを○で囲むこと。				
⑫ <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 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () IV 知覚 1 幻聴 2 幻触 3 幻味 4 その他 () V 思考 1 妄想 2 強迫観念 3 思考逸脱 4 思考制止 VI 感情・情動 1 感情平穏 2 感情高ぶり 3 感情鈍鈍 4 その他 () VII 意欲 1 衝動性 2 意欲亢進 3 意欲低下 4 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＞		現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等を総括して、＜現在の状態像＞に該当する状態の算用数字を○で囲む。(必ず1つ以上)				
13	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すること。)		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具体的な記載。 ④ 精神科医療保護入院を必要とする 具体的 精神症状とその内容 ⑤ 病識の有無 ⑥ 同意の有無もしくは同意能力の有無 } 必須				
14	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。)		患者本人の病識や治療への意欲を得るための取組について、具体的に記載				
15	本更新に係る診察の年月日		令和	年	月	日	指定医が実際に診察を行った日を記載
16	更新が必要と診断した精神保健指定医氏名		署名 診断した精神保健指定医自身が署名(ゴム印、代筆等は不可) 府提出用は直筆				
17	退院に向けた取組の状況 (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)		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) 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状況等 ③医療保護入院者退院支援委員会での審議状況等について記載し、審議結果記録の写しを添付				
18	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	生年月日	明・大昭・平・令 年 月 日生
			氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大昭・平・令 年 月 日生
	住所		都道府県	市区	町村		
			都道府県	市区	町村		
			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 昭和・平成・令和 年 月 日) 8 市町村長				
19	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) ※この欄に記載がある場合、みなし同意は不可。		氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大昭・平・令 年 月 日生
			氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大昭・平・令 年 月 日生
	住所		続柄、生年月日、住所、選任年月日等、誤記や記載漏れに注意。				
			氏名、住所は同意書と一致しているかどうか確認。				
			府県	区	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 昭和・平成・令和 年 月 日) 8 市町村長				
20	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		☐ 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 家族等へ通知を發した日 令和 年 月 日 家族等に示した回答期限 令和 年 月 日 (回答期限は、通知を發した日から2週間を経過した日であることに留意) 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 ())				

※みなし同意とする場合、必ずチェックを入れること

審査会意見	
都道府県の措置	※この欄は記載しないでください。

【訂正印について】書き損じ等記載事項の変更の際には、当該箇所上に二重線を引き、複写部分を含め、各用紙に訂正印(病院管理者の印・管理者個人名の印・署名した指定医の印)を押してください。

＜医療保護入院者の退院届＞

項目名	記入上の留意点
①年度別一連番号	・送付名簿の一連番号を転記してください。
②年月日欄	・保健所への提出年月日を記載してください。
③病院名・所在地・管理者名	・令和3年度より <u>押印は不要</u> となりました。
④医療保護入院者	・生年月日のみでなく、年齢も必ず記入してください。
⑤入院年月日 (医療保護入院)	・医療保護入院した年月日を記載してください。
⑥退院年月日	・医療保護入院から退院（任意入院への変更含む）した年月日を記載して下さい。
⑦病名	・退院直前の病名をできるだけ ICD 分類で記載していただき、（ ）内に ICD カテゴリーを F コードで必ず記入してください。
⑧退院後の処置	・この欄は入院者の退院後の医療的処置について記入してください。 1 入院継続：貴院で医療保護入院以外の入院を継続する場合 2 通院医療：貴院に通院する場合 3 転医：他医療機関で入院または通院による精神科治療を継続する場合 (施設に入所して貴院に通院する場合は「2」、他院に通院する場合は「3」) ・該当する算用数字を○で囲んでください。死亡による退院の場合は、記載不要です。
⑨退院後の帰住先	・該当する算用数字・ローマ数字等を○で囲んでください。
⑩訪問指導等に関する意見	・退院者への保健所等の訪問指導に関して意見があれば記載してください。
⑪障害福祉サービス等の 活用に関する意見	・退院者への障がい福祉サービス等の活用に関して意見があれば、記載してください。
⑫主治医氏名	主治医の氏名を記載してください。
【提出方法】	・送付名簿・府・保健所提出用の順に並べて貴病院の所在地を管轄する保健所に提出してください。 ・医療保護入院者の退院後10日以内（期間満了日が官公所の休日の場合はその翌日。参考：大阪府の休日に関する条例）に<u>保健所へ到達するように</u>提出してください。

①

年度別一連番号

—

大阪府提出用

医療保護入院者の退院届

②

令和 年 月 日

※保健所への提出年月日を記載

大阪府知事様
 様

③

病院名

所在地

管理者名

下記の医療保護入院者が退院したので、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。

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

④ 医療保護入院者	フリガナ			
	氏名	(男・女)		生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日生 (満 歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区
⑤ 入院年月日 (医療保護入院)	第33条第1項又は第2項による医療保護入院の年月日			
⑥ 退院年月日	医療保護入院から退院(任意入院への変更も含む)した年月日			
⑦ 病名	1 主たる精神障害 ICD カテゴリー(F)	2 従たる精神障害 ICD カテゴリー(F)	3 身体合併症	
⑧ 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() 該当する算用数字を○で囲む。			
⑨ 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() 該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲む。			
帰住先の住所	都道府県	郡市区	町村区	
⑩ 訪問指導等に関する意見				
⑪ 障害福祉サービス等の活用に関する意見				
⑫ 主治医氏名	記名も可			

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すること。
- 2 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

< 応急入院届 >

項目名	記入上の留意事項
☐ 内 年月日 病院名・所在地・管理者名 応急入院者 依頼をした者の氏名及び入院者との関係 入院年月日 法第34条による移送の有無 病名 応急入院の必要性 病状又は状態像の概要 応急入院を採った理由	・精神保健指定医の診察に基づいて記載してください。但し法第34条による移送が行われた場合はこの欄に記載する必要はありませんが、移送に関する事前調査票・移送記録票及び診察記録票を添付してください。 ・届出年月日を記載してください。 ・令和3年度より<u>押印は不要</u>となりました。 ・生年月日のみでなく、年齢も必ず記入してください。 ・応急入院を依頼した者の氏名及び入院者との関係を記載してください。 ・入院した時刻を記載してください。 ・どちらかを○で囲んでください。 ・入院時点での病名をできるだけ ICD 分類で記載してください。神経症、思春期危機、性同一性障害などは応急入院の病名として不適切と考えられるため、適切な精神疾患名を記載してください。 ・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。特に、①精神科応急入院を必要とする精神症状の有無 ②病識の有無 ③同意の有無及び同意能力の有無 の3点については必ず記述してください。 ・応急入院が必要と判断された病状又は状態像の概要について記載してください。 ・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	・精神保健指定医自身が署名してください。
【提出方法】	・<u>直ちに</u>、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に提出してください。
【訂正印】	・修正された場合は必ず訂正印を押してください。訂正印は「管理者である旨の刻印」または「管理者の個人名印」もしくは「署名した指定医名の印」を押してください。（訂正者が署名することでも可。）

＜措置入院者の定期病状報告書＞

項目名	記入上の留意事項
□内（太枠内）	・精神保健指定医の診察に基づいて記載してください。
①年度別一連番号	・送付名簿の一連番号を転記してください。
②年月日	・保健所への提出年月日を記載してください。
③病院名・所在地・管理者名	・令和3年度より押印不要。
④措置入院者	・生年月日のみでなく、年齢も必ず記入してください。
⑤措置年月日	・措置年月日を記入してください。
⑥今回の入院年月日欄	・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。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（緊急措置入院→措置入院）。
⑦前回の定期報告年月日	・前回の報告年月日を記載してください。
⑧病名	・報告時点での病名を、できるだけ ICD 分類で記載していただき、（ ）内に ICD カテゴリー（Fコード）を記載してください。
⑨生活歴及び現病歴	・他診療所及び他病院での受診歴も聴取して記載してください。学歴、職歴、家族状況等の生活歴、発病時期、受診歴等の現病歴、今回入院にいたる経過等を記載してください。また、前回報告のコピーを添付される場合は、新たに判明した事実について追加記載してください。陳述者氏名、続柄は必ず記載してください。
⑩初回入院期間・前回入院期間・初回から前回までの入院回数	・今回入院された病院の入院歴だけではなく、「精神科病院」での入院歴、入院形態も聴取して記載してください。今回の入院が初めての場合は0回と記載してください。不明の場合には不明と記載してください。
⑪過去6ヶ月間（措置入院後3ヶ月の場合は過去3ヶ月）の仮退院の実績	・実績がない場合は0回と必ず記載してください。
⑫ ①入院後の経過 ②過去6ヶ月間（措置入院後3ヶ月の場合は過去3ヶ月）の治療の内容とその結果	・①入院後の経過 ②治療の内容とその結果について、特に問題行動を中心に記載してください。
⑬今後の治療方針	・自傷他害の再発防止への対応を含めて、記載してください。
⑭処遇、看護及び指導の現状	・隔離、注意必要度、日常生活の介助指導必要性のそれぞれについて、該当する項目に○をつけてください。
⑮重大な問題行動	・Aはこれまで認められた問題行動を、Bは今後おそれのある問題行動をさし、該当する全ての算用数字及びアルファベットを○で囲んでください。
⑯現在の精神症状、その他重要な症状、問題行動等、現在の状態像	・一般にこの書類作成までの過去数ヶ月間に認められた病状又は状態像をさすものとし、主として最近のそれに重点をおいて該当するすべてのローマ数字及び算用数字を○で囲んでください。この欄に、○付けがない場合、返戻になります。
⑰診察時の特記事項	・被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象等について記載してください。
⑱本報告に係る診察年月日	・診察年月日を記載してください。
⑲診察した精神保健指定医氏名	・精神保健指定医自身が署名してください。ゴム印や代筆等は不可となります。

【提出方法】	・送付名簿、定期病状報告書の順に並べ、貴病院の所在地を管轄する保健所に提出してください。 ・措置入院後初回の報告は入院した月の翌月を初月とする3ヶ月目の末日に、2回目以降の報告は入院した翌月を初月とする6ヶ月ごとの末日までに保健所に到達するように提出してください。 ・月末が保健所の休日の場合はその翌日になります。(参考:大阪府の休日に関する条例) 例) <令和○年 4月 措置入院の場合> 令和○年 7月末日 1回目の措置入院者の定期病状報告提出 令和○年10月末日 2回目提出。以降6ヶ月ごと提出
【訂正印について】	・「管理者である旨の刻印」または「管理者の個人名印」もしくは「署名した指定医名の印」を押してください。(訂正者が署名することでも可。)