

毎週火・金曜日発行（当日が休日に当たるときは、休日の翌日）

福島県報

目次

規則
○福島県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を
改正する規則

規則

福島県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和六年三月二十二日

福島県知事 内堀雅雄

福島県規則第二十一号

福島県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則

福島県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（昭和四十八年福島県規則第四十二号）の一部を次のように改正する。

第五条中「に対し入院措置決定のお知らせ（様式第七号）により」を「及びその家族等であつて法第二十八条第一項の規定による通知を受けたもの又は同条第二項の規定による立会いを行ったものに対し措置入院決定のお知らせ（様式第七号）により通知し」に改める。

第十九条中「第三十三条第七項」を「第三十三条第九項」に改め、「（第三十三条第一項・第四項又は第三十三条第三項・第四項）」を削る。

第二十一条中「第三十三条の七第五項」を「第三十三条の六第五項」に改める。

第二十四条の見出し中「定期の報告」を「入院期間の更新」に改め、同条中「第三十八条の二第二項において準用する同条第一項の規定による報告」を「第三十三条第九項の規定による届出」に、「定期病状報告書」を「入院期間更新届」に改める。

第二十四条の二中「第三十八条の二第三項」を「第三十八条の二第二項」に改める。

様式第四号を次のように改める。

様式第4号（第3条関係）

措置入院に関する診断書

申請等の形式	1 親族又は一般人申請（第22条） 2 警察官通報（第23条） 3 検察官通報（第24条） 4 保護観察所長通報（第25条） 5 矯正施設長通報（第26条） 6 精神科病院管理者届出（第26条の2） 7 医療観察法対象者〔指定通院医療機関管理者通報、保護観察所長通報〕（第26条の3） 8 都道府県知事・指定都市市長職務診察（第27条第2項）		
申請等の添付資料	1 あり 2 なし		
被診察者 （精神障害者）	フリガナ		
	氏名	(男・女)	生年月日 年 月 日 (満 歳)
	住所	都道府県 市区	町村 区
	職業		
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症
	ICD カテゴリー ()	ICD カテゴリー ()	
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕	(陳述者氏名 続柄)		
初回入院期間	(入院形態 年 月 日 ~)		年 月 日
前回入院期間	(入院形態 年 月 日 ~)		年 月 日
初回から前回までの入院回数	計 回		
重大な問題行動（Aはこれまでの、Bは今後おそれある問題行動）	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（該当のローマ数字及び算用数字を○で囲むこと。）		
1 殺人	A B	<現在の精神症状>	
2 放火	A B	I 意識	
3 強盗	A B	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()	
4 不同意性交等	A B	II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害）	
5 不同意わいせつ	A B	III 記憶	
6 傷害	A B	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()	
7 暴行	A B	IV 知覚	
8 恐喝	A B	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()	
9 脅迫	A B	V 思考	
10 窃盗	A B	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸	
11 器物損壊	A B	6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()	
12 弄火又は失火	A B	VI 感情・情動	
13 家宅侵入	A B	1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁	
14 詐欺等の経済的な問題行動	A B	5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()	
15 自殺企図	A B	VII 意欲	
16 自傷	A B	1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止	
17 その他 ()	A B	6 無為・無関心 7 その他 ()	
	A B	VIII 自我意識	
	A B	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> 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()
診 察 時 の 特 記 事 項	
医 学 的 総 合 判 断	1 要措置 2 措置不要
以上のように診断する。 年 月 日	
精神保健指定医氏名	
署名	

(行政庁における記載欄)	
診察に立会った者 (親権者、配偶者等)	氏名 (男・女) 続柄又は職業 年齢 歳
診 察 場 所	
診 察 日 時	年 月 日 時 分 ~ 時 分
職 員 氏 名	
行 政 庁 の 措 置	
行 政 庁 メ モ	

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
 - 2 平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を精神科受診歴等を含むこととする。
 - 3 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
 - 4 重大な問題行動の欄には、Aはこれまでに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指し、該当する全ての算用数字、A及びBを○で囲むこと。
 - 5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
 - 6 診察時の特記事項の欄は、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すること。
 - 7 診断した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
 - 8 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。
-

様式第七号を次のように改める。

様式第7号（第5条関係）

措置入院決定のお知らせ

年 月 日

様

福島県知事



【入院理由について】

あなたは、精神保健指定医の診察の結果、【①幻覚妄想状態 ②精神運動興奮状態 ③昏迷状態 ④統合失調症等残遺状態 ⑤抑うつ状態 ⑥躁状態 ⑦せん妄状態 ⑧もうろう状態 ⑨認知症状態 ⑩その他（ ）】にあり、ご自身を傷つけたり、又は他人に害を及ぼしたりするおそれがあることから、①精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の規定 ②精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の2の規定】による入院措置（措置入院・緊急措置入院）が必要であると認めたので通知します。

【入院中の生活について】

- 1 あなたの入院中、手紙やはがきなどを受け取ったり、出したりすることは制限なく行うことができます。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員と一緒に、あなたに開封してもらい、その異物は病院で扱うことがあります。
- 2 あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との電話・面会や、あなた又はあなたのご家族等の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外の人との電話・面接については、あなたの病状に応じて医師の指示で一時的に制限することがあります。
- 3 あなたの入院中、治療上どうしても必要な場合は行動制限を受けることがあります。
- 4 入院日から7日以内に、退院後の生活環境に関し、あなたやご家族等からのご相談に応じ、必要な情報の提供や助言、援助等を行う職員として、退院後生活環境相談員が選任されます。
- 5 介護保険や障害福祉のサービスの利用を希望される場合又はその必要性がある場合、介護や障害福祉に関する相談先を紹介しますので、退院後生活環境相談員等の病院の職員にお問い合わせください。
- 6 もしも入院中の治療内容や生活について、あなたに不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院の職員にお話してください。
- 7 あなたの入院中、もしもあなたが病院の職員から虐待を受けた場合、下記に届け出ることができます。また、もしも他の入院患者さんが病院の職員から虐待を受けたのを見かけた場合も、下記に通報してください。

自治体の虐待通報に関する連絡先（電話番号を含む。）

裏面に続く

【入院や入院生活にご納得のいかない場合】

- 1 あなたの入院や入院生活に納得のいかない場合には、あなた又はあなたのご家族等は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、都道府県知事に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか下記にお問い合わせ下さい。

連絡先（電話番号を含む。）

- 2 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 3 この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、福島県を被告として（訴訟において福島県を代表する者は福島県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式第二十号から様式第二十六号の二までを次のように改める。

様式第20号(第19条関係)

医療保護入院者の入院届

様

病院名
所在地
管理者

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。

医療保護入院者	フリガナ		生年月日	
	氏名	(男・女)	年月日	(満 歳)
	住所			
家族等の同意により入院した年月日		今回の入院年月日		
今回の医療保護入院の入院期間	まで	入院形態		
第34条による移送の有無				
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()		
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること〕 (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。)	(陳述者氏名 続柄)			
初回入院期間	(入院形態	～)	
前回入院期間	(入院形態	～)	
初回から前回までの入院回数	計	回		
<現在の精神症状>	I 意識 <input type="checkbox"/> 1 意識混濁 <input type="checkbox"/> 2 せん妄 <input type="checkbox"/> 3 もうろう <input type="checkbox"/> 4 その他() II 知能 (<input type="checkbox"/> 軽度障害 <input type="checkbox"/> 中等度障害 <input type="checkbox"/> 重度障害) III 記憶 <input type="checkbox"/> 1 記銘障害 <input type="checkbox"/> 2 見当識障害 <input type="checkbox"/> 3 健忘 <input type="checkbox"/> 4 その他() IV 知覚 <input type="checkbox"/> 1 幻聴 <input type="checkbox"/> 2 幻視 <input type="checkbox"/> 3 その他() V 思考 <input type="checkbox"/> 1 妄想 <input type="checkbox"/> 2 思考途絶 <input type="checkbox"/> 3 連合弛緩 <input type="checkbox"/> 4 減裂思考 <input type="checkbox"/> 5 思考奔逸 <input type="checkbox"/> 6 思考制止 <input type="checkbox"/> 7 強迫観念 <input type="checkbox"/> 8 その他()			

	VI 感情・情動 <input type="checkbox"/> 1 感情平板化 <input type="checkbox"/> 2 抑鬱気分 <input type="checkbox"/> 3 高揚気分 <input type="checkbox"/> 4 感情失禁 <input type="checkbox"/> 5 焦燥・激越 <input type="checkbox"/> 6 易怒性・被刺激性亢進 <input type="checkbox"/> 7 その他 ()			
	VII 意欲 <input type="checkbox"/> 1 衝動行為 <input type="checkbox"/> 2 行為心拍 <input type="checkbox"/> 3 興奮 <input type="checkbox"/> 4 昏迷 <input type="checkbox"/> 5 精神運動制止 <input type="checkbox"/> 6 無為・無関心 <input type="checkbox"/> 7 その他 ()			
	VIII 自我意識 <input type="checkbox"/> 1 離人感 <input type="checkbox"/> 2 させられ体験 <input type="checkbox"/> 3 解離 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()			
	IX 食行為 <input type="checkbox"/> 1 拒食 <input type="checkbox"/> 2 過食 <input type="checkbox"/> 3 異食 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()			
<その他の重要な症状>	<input type="checkbox"/> 1 てんかん発作 <input type="checkbox"/> 2 自殺念慮 <input type="checkbox"/> 3 物質依存 () <input type="checkbox"/> 4 その他 ()			
<問題行動等>	<input type="checkbox"/> 1 暴言 <input type="checkbox"/> 2 徘徊 <input type="checkbox"/> 3 不潔行為 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()			
<現在の状態像>	<input type="checkbox"/> 1 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 2 精神運動興奮状態 <input type="checkbox"/> 3 昏迷状態 <input type="checkbox"/> 4 統合失調症等残遺状態 <input type="checkbox"/> 5 抑鬱状態 <input type="checkbox"/> 6 躁状態 <input type="checkbox"/> 7 せん妄状態 <input type="checkbox"/> 8 もうろう状態 <input type="checkbox"/> 9 認知症状態 <input type="checkbox"/> 10 その他 ()			
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。〕				
入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	署名			
選任された退院後生活環境相談員の氏名				
同意をした家族等	氏名	(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)	続柄	生年月日
		(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)	続柄	
	住所			
	<input type="checkbox"/> 1 配偶者 <input type="checkbox"/> 2 父母(親権者で <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 3 祖父母等 <input type="checkbox"/> 4 子・孫等 <input type="checkbox"/> 5 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 6 後見人又は保佐人 <input type="checkbox"/> 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者(選任年月日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 8 市長村長			
審査会意見				
都道府県の措置				

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
ただし、第34条による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はないこと。
- 2 今回の入院年月日の欄は、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すること。(特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第1項・第3項入院」、「第33条第2項・第3項入院」又は「第33条の6第2項入院」と記載すること。)なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 今回の医療保護入院の入院期間の欄は、家族等の同意により入院した日から3月を上限とした年月日を記載すること。
- 4 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 5 平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を精神科受診歴等を含むこととする。
- 6 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 7 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 8 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 9 家族等の氏名欄は、親権者が両親の場合は、原則として2人目を記載すること。
- 10 家族等の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 11 選択肢の欄は、それぞれ該当する欄をチェックすること。

様式第21号(第19条関係)

特定医師による医療保護入院者の入院届及び記録

年 月 日

様

病 院 名
所 在 地
管 理 者 名

下記の者が、特定医師の診察の結果、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。

医療保護入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名	(男・女)			
	住所	都道府県	郡市区	町村区	
家族等の同意により入院した年月日	年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入院年月日	年 月 日		
		入院形態			
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、精神科受診歴等を記載すること。〕	(陳述者氏名 続柄)				
初回入院期間	(入院形態	年 月 日 ~	年 月 日		
前回入院期間	(入院形態	年 月 日 ~	年 月 日		
初回から前回までの入院回数	計	回			
<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 幻視 3 その他 ()				

<p><その他の重要な症状></p> <p><問題行動等></p> <p><現在の状態像></p>	<p>V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()</p> <p>VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()</p> <p>VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()</p> <p>VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()</p> <p>IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 ()</p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()</p>																									
<p>医療保護入院の必要性</p> <p>〔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。〕</p>																										
<p>入院を必要と認めた 特 定 医 師 氏 名</p>	<p>署名</p>																									
<p>確 認 し た 精 神 保 健 指 定 医 氏 名</p>	<p>署名</p> <p style="text-align: right;">診 察 日 時</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 (午前・午後 時)</p>																									
<p>精神保健指定医が入院 妥当でないと判断した場 合は、その理由</p>																										
<p>同意をした家族等</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%; text-align: center;">氏 名</td> <td style="width:35%; text-align: center;">(男・女)</td> <td style="width:10%; text-align: center;">続 柄</td> <td style="width:10%; text-align: center;">生年 月 日</td> <td style="width:30%; text-align: center;">年 月 日生</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">氏 名</td> <td style="text-align: center;">(男・女)</td> <td style="text-align: center;">続 柄</td> <td style="text-align: center;">生年 月 日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日生</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">住 所</td> <td style="text-align: center;">都道 府 県</td> <td style="text-align: center;">郡市 区</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">町村 区</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">住 所</td> <td style="text-align: center;">都道 府 県</td> <td style="text-align: center;">郡市 区</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">町村 区</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="padding: 5px;"> 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 年 月 日) 8 市町村長 </td> </tr> </table>	氏 名	(男・女)	続 柄	生年 月 日	年 月 日生	氏 名	(男・女)	続 柄	生年 月 日	年 月 日生	住 所	都道 府 県	郡市 区	町村 区		住 所	都道 府 県	郡市 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 年 月 日) 8 市町村長				
氏 名	(男・女)	続 柄	生年 月 日	年 月 日生																						
氏 名	(男・女)	続 柄	生年 月 日	年 月 日生																						
住 所	都道 府 県	郡市 区	町村 区																							
住 所	都道 府 県	郡市 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 年 月 日) 8 市町村長																										
<p>事後審査委員会意見</p>																										

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、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すること。（特定医師による入院を含む。その場合は「第33条の6第2項入院」と記載すること。）なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を精神科受診歴等を含むこととする。
- 5 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 6 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 入院を必要と認めた特定医師氏名の欄は、特定医師自身が署名すること。
- 8 確認した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 9 家族等の氏名欄は、親権者が両親の場合は、原則として2人目を記載すること。
- 10 家族等の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 11 事後審査委員会意見の欄は、都道府県知事への届出時点では記入を要しないが、本様式を院内で記録として保存する際には、記載しておくこと。
- 12 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。

様式第22号（第20条関係）

医療保護入院者の退院届

年 月 日

様

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がい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。

医療保護入院者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名	(男・女)		月 日	(満 歳)
	住 所				
入 院 年 月 日 (医療保護入院)	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 平成				
	<input type="checkbox"/> 令和				
退 院 年 月 日	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		
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()			
退 院 後 の 処 置	<input type="checkbox"/> 1 入院継続 (<input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 他科) <input type="checkbox"/> 2 通院継続 <input type="checkbox"/> 3 転医 <input type="checkbox"/> 4 死亡 <input type="checkbox"/> 5 その他 ()				
退 院 後 の 帰 住 先	<input type="checkbox"/> 1 自宅 (<input type="checkbox"/> i. 家族と同居、 <input type="checkbox"/> ii. 単身) <input type="checkbox"/> 2 施設 <input type="checkbox"/> 3 その他()				
帰 住 先 の 住 所					
訪 問 指 導 等 に 関 する 意 見					
障 がい 福 祉 サ ー ビ ス 等 の 活 用 に 関 する 意 見					
主 治 医 氏 名					

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、それぞれ該当する欄をチェックすること。

様式第23号（第21条関係）

応急入院届

年 月 日

様

病院名

所在地

管理者名

下記の者が応急入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の6第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日 生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所	都道 府 県	郡市 区	町村 区	
依 頼 を し た 者 の 入 院 者 と の 関 係					
入 院 年 月 日	年 月 日 (午前・午後 時 分)				
第34条による移送の有 無	あり なし				
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		
応急入院の必要性 <small>〔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。〕</small>					
病状または状態像の概要					
応急入院を採った理由 <small>〔家族等の同意を得ることのできなかつた理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること。〕</small>					
入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	署名				

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、第34条による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はないこと。
- 2 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。

様式第24号(第21条関係)

特定医師による応急入院届及び記録

年 月 日

様

病院名
所在地
管理者名

下記の者が、特定医師の診察の結果、応急入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の6第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ			生年 月日	年 月 日 日生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所	都道 府県	郡市 区	町村 区	
依 頼 を し た 者 の 入 院 者 と の 関 係					
入 院 年 月 日	年 月 日 (午前・午後 時)				
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 受診歴等を記載するこ と。〕	(陳述者氏名 続柄)				
応急入院の必要性 〔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。〕					
初 回 入 院 期 間	(入院形態 年 月 日 ~)		年 月 日		
前 回 入 院 期 間	(入院形態 年 月 日 ~)		年 月 日		
初回から前回までの 入 院 回 数	計 回				

<p><現在の精神症状></p> <p><その他の重要な症状></p> <p><問題行動等></p> <p><現在の状態像></p>	<p>I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()</p> <p>II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)</p> <p>III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()</p> <p>IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()</p> <p>V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()</p> <p>VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()</p> <p>VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()</p> <p>VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()</p> <p>IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ()</p> <p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 ()</p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ()</p> <p>1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()</p>			
<p>応急入院を採った理由</p> <p>〔家族等の同意を得ることの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すること。〕</p>				
<p>入院を必要と認めた特定医師氏名</p>	<p>署名</p>			
<p>確認した精神保健指定医氏名</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="448 1317 976 1400">署名</td> <td data-bbox="976 1317 1043 1400">診察日時</td> <td data-bbox="1043 1317 1396 1400">年 月 日 (午前・午後 時)</td> </tr> </table>	署名	診察日時	年 月 日 (午前・午後 時)
署名	診察日時	年 月 日 (午前・午後 時)		
<p>精神保健指定医が入院妥当でないと判断した場合は、その理由</p>				

<p>事後審査委員会意見</p>	
------------------	--

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 3 平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を精神科受診歴等を含むこととする。
- 4 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 6 入院を必要と認めた特定医師氏名の欄は、特定医師自身が署名すること。
- 7 確認した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 8 事後審査委員会意見の欄は、都道府県知事への届出時点では記入を要しないが、本様式を院内で記録として保存する際には、記載しておくこと。
- 9 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。

様式第25号(第23条関係)

措置入院者の定期病状報告書

年 月 日

様

病 院 名
所 在 地
管 理 者 名

下記の措置入院者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の2第1項の規定により報告します。

措 置 入 院 者	フリガナ			生年 月日	年 月 日 日生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所	都道 府県	郡市 区	町村 区	
措 置 年 月 日	年 月 日			今回の入 院年月日	年 月 日
				入院形態	
前回の定期報告年月日	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
	ICD カテゴリー ()		ICD カテゴリー ()		
過去6か月間(措置入院後3か月の場合は3か月間)の仮退院の実績	計	回	延日数	日	
過去6か月間(措置入院後3か月の場合は過去3か月間)の治療の内容とその結果 〔問題行動を中心として〕 記載すること。					
今後の治療方針(再発防止への対応含む)					
処遇、看護及び指導の現状	隔 離	i 多用 ii 時々 iii ほとんど不要			
	注意必要度	i 常に厳重な注意 ii 随時一応の注意 iii ほとんど不要			
	日常生活の 介 助 指 導 必 要 性	i 極めて手間のかかる介助 ii 比較的簡単な介助と指導 iii 生活指導を要する iv その他 ()			
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等について)	選任された退院後生活環境相談員 () 地域援助事業者の紹介について本人や家族等からの求め又は必要性の有無 (あり・なし) 上記で「あり」の場合の紹介状況 ()				

重大な問題行動（Aはこれまでの、Bは今後起こるおそれある行動）		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（該当のローマ数字及び算用数字を○で囲むこと。）	
1 殺人	A B	<現在の精神症状>	
2 放火	A B	I 意識	
3 強盗	A B	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他（ ）	
4 不同意性交等	A B	II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害）	
5 不同意わいせつ	A B	III 記憶	
6 傷害	A B	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）	
7 暴行	A B	IV 知覚	
8 恐喝	A B	1 幻聴 2 幻視 3 その他（ ）	
9 脅迫	A B	V 思考	
10 窃盗	A B	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸	
11 器物損壊	A B	6 思考制止 7 強迫観念 8 その他（ ）	
12 弄火又は失火	A B	VI 感情・情動	
13 家宅侵入	A B	1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁	
14 詐欺等の経済的な問題行動	A B	5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他（ ）	
15 自殺企図	A B	VII 意欲	
16 自傷	A B	1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止	
17 その他（ ）	A B	6 無為・無関心 7 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>	
		1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態	
		4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態	
		8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他（ ）	
診 察 時 の 特 記 事 項			
本報告に係る診察年月日	年 月 日		
診 察 し た 精神保健指定医氏名	署名		
審 査 会 意 見			
都 道 府 県 の 措 置			

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、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すること。（特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第1項・第3項入院」、「第33条第2項・第3項入院」又は「第33条の6第2項入院」と記載すること。）なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 重大な問題行動の欄には、Aはこれまでに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指し、該当する全ての算用数字、A及びBを○で囲むこと。
- 4 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 5 診察時の特記事項の欄は、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すること。
- 6 診察した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 7 退院に向けた取組の状況の欄については、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や、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の状況等について記載すること。
- 8 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。

様式第26号(第24条関係)

医療保護入院者の入院期間更新届

年 月 日

様

病院名
所在地
管理者名

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。

医療保護入院者	フリガナ				生年月日	年 月 日	日生
	氏名	(男・女)					(満 歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区			
医療保護入院年月日 (第33条第1項・第2項 による入院)	年 月 日			今回の 入院年月日	年 月 日		
				入院形態			
入院届又は 前回の入院期間更新届での 入院期間	～ 年 月 日			本更新後の 入院期間	年 月 日まで		
病名	1 主たる精神障害		2 従たる精神障害		3 身体合併症		
	ICD カテゴリー ()		ICD カテゴリー ()				
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)							
症状の経過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向						
<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 幻視 3 その他 () V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 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>	1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()				
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。)					
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。)					
本更新に係る診察の年月日	年 月 日				
更新が必要と診断した精神保健指定医氏名	署名				
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 (年 月 日)				
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	
		(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	町村区
		都道府県		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 年 月 日) 8 市町村長					
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)	氏名	(男・女)	続柄	生年月日 明・大 昭・平・令 年 月 日生	
		(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	町村区
		都道府県		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 年 月 日) 8 市町村長					
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	<input type="checkbox"/> 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				
	家族等へ通知を発した日 年 月 日 家族等に示した回答期限 年 月 日 (回答期限は、通知を発した日から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) 年 月 日 (□面会 □電話 □その他 ()) 年 月 日 (□面会 □電話 □その他 ())				

審査会意見	
都道府県の措置	

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 内は、今回の更新にあたって行われた精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、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すること。（特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第1項・第3項入院」、「第33条第2項・第3項入院」又は「第33条の6第2項入院」と記載すること。）なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 本更新後の入院期間の欄は、医療保護入院者退院支援委員会で審議された入院期間に留意した上で、当該医療保護入院から6月を経過するまでの間は3月、入院から6月を経過した後は6月を上限とした期限を定めて記載すること。
- 4 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 5 更新が必要と診断した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 6 退院に向けた取組の状況の欄については、今回の更新にあたって医療保護入院者退院支援委員会の審議が行われた年月日を記載すること。また、令和5年11月27日付障発1127第7号「措置入院者及び医療保護入院者の退院促進に関する措置について」（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の別添様式2「医療保護入院者退院支援委員会審議記録」の写しを添付すること。その上で、
 - 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の状況等、
 - 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すること。
- 7 家族等の氏名欄は、親権者が両親の場合は、原則として2人目を記載すること。
- 8 家族等の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 9 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す場合は、「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」にレ点を入れることとし、同意書の添付は不要であること。ただし、法第33条第6項による入院の更新に関する同意の通知をした時から更新するまでの間に、当該通知に係る家族等が、
 - ① 法第5条第2項に規定する家族等に該当しなくなったとき
 - ② 死亡したとき
 - ③ 意思を表示できないときのいずれかの事由に該当すると把握した場合には、同意を得たものとみなすことができないことに留意すること。また、同意を得たものとみなす場合は、通知をした家族等との連絡等の記録（直近2件）の欄に、直前の入院期間中、通知をした家族等と直近2回の連絡を取った際の年月日及び手段について記載すること。（通知をした家族等が親権者の両親である場合は、父又は母のいずれかと直近2回の連絡を取った際の年月日及び手段について記載すること。）
- 10 今回の更新に同意をした家族等の欄に記載がある場合は、法第33条第8項による同意を得たものとみなさないことに留意すること。
- 11 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。

様式第26号の2(第24条の2関係)

任意入院者の定期病状報告書

年 月 日

様

病 院 名

所 在 地

管 理 者 名

下記の任意入院者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の2第2項の規定により報告します。

任 意 入 院 者	フリガナ	-----		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所	都道府県	郡市区	町村 区	
任 意 入 院 年 月 日 (第20条による入院)	年 月 日		今 回 の 入 院 年 月 日	年 月 日	
			入 院 形 態	-----	
前 回 の 定 期 報 告 年 月	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		
	ICD カテゴリー ()	ICD カテゴリー ()			
過 去 12 か 月 間 の 治 療 の 内 容 と そ の 結 果 (過 去 12 か 月 間 の 病 状 ま た は 状 態 像 の 経 過 の 概 要 、 並 び に 過 去 12 か 月 間 に 行 動 制 限 が 行 わ れ た 際 は そ の 必 要 性 に つ い て)					
症 状 の 経 過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向				
任 意 入 院 継 続 の 必 要 性 (通 院 へ 変 更 が で き な い 理 由 に つ い て 具 体 的 に 説 明 す る こ と)					
今 後 の 治 療 方 針					

<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>	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 幻視 3 その他 () V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 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 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()
本報告に係る診察年月日	年 月 日
診断した主治医氏名	署名

審査会意見	
都道府県の措置	

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 内は、主治医の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、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すること。(特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第1項・第3項入院」、「第33条第2項・第3項入院」又は「第33条の6第2項入院」と記載すること。)なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 入院後の診察により精神症状が重症であって、かつ、慢性的な症状を呈することにより入院の継続が明らかに必要な病状であること等により1年以上の入院が必要であると判断される場合には、「任意入院継続の必要性」の欄にその旨を記載すること。
- 4 入院時より6か月の間に、開放処遇が制限された者の6か月経過時の報告においては、「過去12か月間」とあるのは「過去6か月間」と読み替えること。
- 5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 6 診断した主治医氏名の欄は、主治医自身が署名すること。
- 7 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。

様式第二十四号の二から様式第二十五号の二までを次のように改める。

様式第34号の2 (第30条関係)

精神障害者保健福祉手帳交付等申請書

市町村受理印

申請年月日： 年 月 日

福島県知事

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づき、下記のとおり精神障害者保健福祉手帳の交付を申請します。

申請区分	1 新規交付		2 更新		3 障害等級変更		4 都道府県間の住所変更		
申請者 (精神障害者 本人)	フリガナ							生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名								
	個人番号								
	住所	〒						電話	
家族の連絡先 (申請者が18歳 未満の場合)	フリガナ							本人との 続柄	
	氏名								
	住所	〒						電話	
添付書類 (○印)	1 医師の診断書(手帳用) 2 年金証書等の写し(級)・同意書 3 特別障害給付金受給資格者証等の写し(級)・同意書 4 写真(縦4cm×横3cm) (□写真添付希望なし)								

本人以外が申請する場合は下記を記載する。

申請書を提出した者	氏名							本人との関係	
	住所	〒						電話	

(注) 1 手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」又は「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込(支払)通知書の写し」又は「特別障害給付金受給資格者証」(特別障害者給付金支給決定通知書)及び国庫金振込通知書(国庫金送金通知書の写し)が必要です。

2 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために年金事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。

3 写真(縦4cm×横3cm)は、脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影をしたものであること。

市町村担当者確認

既存の手帳	※有効期限	年 月 末日	※等級		※手帳番号						
※自立支援医療 同時申請 □有 ・ □無	個人番号確認 □済 □マイナンバーカード □住民基本台帳 □その他()		備考								

様式第35号（第30条関係）

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏 名	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）		
住 所			
1 病名（確定病名を記載。対応するICDコードをF00～F99、G40のように3桁で記載。F1、F06疾患はなるべく4桁で記載。）	(1) 主たる精神障害	ICD10コード	F又はG (数字)
	(2) 従たる精神障害	ICD10コード	
	(3) 身体合併症	身体障害者手帳（有・無、種別 級）	
2 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
3 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載する。)	(推定発病時期 年 月頃)		
	*器質性精神障害（認知症を除く）の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名 年 月 日)		
4 現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む）			
(1) 抑鬱状態			
ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性、興奮 ウ 憂鬱気分 エ その他（ ）			
(2) そう状態			
ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・易刺激性 エ その他（ ）			
(3) 幻覚妄想状態			
ア 幻覚 イ 妄想 ウ その他（ ）			
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態			
ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ その他（ ）			
(5) 統合失調症等残遺状態			
ア 自閉 イ 感情平板化 ウ 意欲の減退 エ その他（ ）			
(6) 情動及び行動の障害			
ア 爆発性 イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ チック・汚言 カ その他（ ）			
(7) 不安及び不穏			
ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ 心的外傷に関連する症状 エ 解離・転換症状 オ その他（ ）			
(8) てんかん発作等（けいれんおよび意識障害）			
ア てんかん発作 ⇨ 発作型（ ） 頻度（ ） 最終発作（ 年 月 日）			
イ 意識障害 ウ その他（ ）			
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 □ アルコール □ 覚醒剤 □ 有機溶剤 □ その他（ ）			
ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること）			
エ その他（ ）			
現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合、その期間 年 月 から）			
(10) 知能・記憶・学習・注意の障害			
ア 知的障害（精神遅滞） ① 軽度 ② 中等度 ③ 重度 ⇨ 療育手帳（有・無、等級等）			
イ 認知症 ウ その他の記憶障害（ ）			
エ 学習の困難 ① 読み ② 書き ③ 算数 ④ その他（ ）			
オ 遂行機能障害 カ 注意障害 キ その他（ ）			
(11) 広汎性発達障害関連症状			
ア 相互的な社会関係の質的障害 イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害			
ウ 限定した常同的で反復的な関心と活動 エ その他（ ）			
(12) その他（ ）			
5 4の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等			
〔 検査所見：検査名、検査結果、検査時期 〕			

「重度かつ継続」の要件

- ① 主たる精神障害がICD-10コードのF00～F39及びG40に該当すること。
- ② 上記①に該当しない（ICD-10コードがF40～F99）の場合、以下のA、B両方に該当すること。
 - A：「発病から現在までの病歴」「現在の病状」において、精神病あるいはそれと同等の状態にあり、持続するか、消長を繰り返し、持続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とすること（予防も含む）。
 - B：「現在の治療内容」「今後の治療方針」において、計画的・集中的な治療を継続して行う必要があること。
 - ※1「計画的であること」＝中・長期的な治療目標のもとに現在の治療が位置づけられていること。
 - ※2「集中的であること」＝単なる対症療法的な薬物療法以上の治療が行われていること。

様式第35号の2(第31条関係)

精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届・再交付申請書

年 月 日

福島県知事

届出者・申請者

氏名.....
 (本人との続柄.....)
 住 所

電話番号.....

フリガナ		生年 月日	大正・昭和・平成・令和		
氏 名 (精神障害者本人)			年 月 日		
個人番号 (精神障害者本人)		手帳 番号			

1 変更届

精神障害者保健福祉手帳の記載事項について、次のとおり変更がありましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第7条 第2項 第4項の規定に基づき届け出ます。

変更の内容	変更前	氏 名			
		住 所	〒		
	変更後	氏 名			
		住 所	〒		
変更年月日	氏 名	年 月 日	住 所	年 月 日	

注意 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方が手帳の記載事項を変更しようとするときは、現在交付を受けている手帳を添付してください。

2 再交付申請

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第10条第1項の規定により、精神障害者手帳の再交付を申請します。

再交付の理由 ※ 該当するものに○を付けること。

- 1 破損 2 汚損 3 紛失 4 写真貼付

注意 破損又は汚損の場合には、その手帳を添付してください。

自治体記入欄

市 町 村 収 受 印	個人番号確認 □ 済	備考	県 確 認 印
	□ マイナンバー カード □ 住民基本台帳 □ その他 ()		

附 則

- 1 この規則は、令和六年四月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の福島県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（以下「改正前の規則」という。）の規定に基づいて提出されている診断書等は、改正後の福島県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（以下「改正後の規則」という。）の規定に基づいて提出された診断書等とみなす。
- 3 この規則の施行の際現に改正前の規則第五条の規定により交付されている様式第七号による通知は、改正後の規則第五条の規定により交付された様式第七号による通知とみなす。
- 4 この規則の施行の際現に作成されている改正前の規則に定める様式による用紙は、所要の調整をして使用することができる。

（障がい福祉課）