別記様式第１号

診 察 保 護 申 請 書

年　　月　　日

島根県知事　　　　　　様

住　　所

氏　　名

生年月日　　　　年　　月　　日

　下記の者は、精神障害者（又はその疑いのある者）と認められるので、精神保健指定医の診察及び必要な保護をしてください。

記

１　精神障害者（又はその疑いのある者）

(1)　現在場所

(2)　居 住 地

(3)　氏 名

(4)　性 別　　　　男　・　女

(5)　生年月日　　　　年　　月　　日

２　症状の概要

３　現に本人の保護にあたっている者があるときは、その者の住所及び氏名

　(1)　住　　所

　(2)　氏　　名