別記様式第２号

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |

所 属：

調査者氏名：

年　　　月　　　日付けで　　　　　　　　　　　　　から精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

第　　　条　　　　の規定により　　　　　があり、事前調査を行ったところ下記のとおりでした。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神障害疑者 | 住 所 | | |  | | | | | | | | |
| フ リ ガ ナ  氏　　名 | | | （ 男 ・ 女 ） | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日（ 満 歳 ） | | | | | | | | |
| 職　　業 | | |  | | | | 勤 務 先 | | |  | |
|  | 住 所 | | |  | | | | | | | | |
| 氏 名 | | | （本人との続柄 　 ） | | | | | | | | |
| 申請(通報･届出)者 | 住 所 | | |  | | | | | | | | |
| 氏 名 | | |  | | | | | | | | |
| 調査年月日・時刻 | 年　　月　　日　　　　時　　　分　～　　　時　　　分 | | | | | | | | | | | |
| 申請 (通報・届出)に至った経緯及び現況等 | ※自傷行為のおそれについては内容と頻度、他害行為は刑罰法令にふれる程度のものを記載すること。 | | | | | | | | | | | |
| 生活歴・家庭構成・家庭の状況等 |  | | | | | | | | | | | |
| 治 療 歴 等 | | | ※発病、通院、入退院年月日・入院形態、病名、病院名等 | | | | | | | | | |
| 治療歴がある場合主治医の氏名及び意見等 | | | 氏　名 |  | | | | | 所　属 |  | | |
| 意見等 | | | | | | | | | |
| 備　　考 | | | ※通報等の際のアルコール飲用、身体合併症、司法処分の有無などを記載すること。 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 事前調査の総合判定 | | 措置入院に関する診察 | | | | 必要 ・　 不要 | | | | | | |
| （不要な場合の理由） | | | | | | | | | | |
| ※入院措置をとった場合は、以下についても記入すること。 | | | | | | | | | | | | |
| 入院時における配偶者及び入院者と生計を一にする扶養義務者等  （養子縁組等がある場合は、届出年月日等を備考欄に記載すること。） | | 氏　　名 | | | 本人との続柄 | | 同居・別居の別 | | | | | 備　　考 |
|  | | | 本　人 | | － | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | | |  |
| 本人の健康保険種別 | | □ 被用者保険（　　　　　　　）（本人、家族）  □ 国民健康保険（一般、退職本人、退職家族）  □ その他（ 　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | |
| 生活保護適用の有無 | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | |