

※若修改红字部分，名古屋市也可以使用。另外，爱知县是由各保健所长进行采取措施等，而名古屋市是由本厅负责，因此记为[名古屋市]。

※中小城市不采取措施。

(别页样式第 49)

第 号  
平成 年 月 日

(先生/女士)

爱知县 保健所长

关于精神保健以及精神障害者福祉的相关法律第 34 条（第 1 项・第 2 项）的规定为基准的诊察的实施的有关（通知）

对您所保护的下记有关人员，进行诊察。

其次，监护人，智障者的保护人，行使亲权者，配偶者其他现在担任保护本人的人士，可以目睹本次诊察

另外，搬送被诊察者时请一起同行。

记

接受诊察者	片假名		男女	生年 月日	年 月 日 (满 岁)
	姓名				
	现住址				
日 点	平成 年 月 日 ( ) 午 点 分				
地 址					
备 注					

担当  
电话  
FAX

※若修改红字部分，名古屋市也可以使用。另外，爱知县是由各保健所长进行采取措施等，而名古屋市是由本厅负责，因此记为[名古屋市长]。

※中小城市不采取措施。

(别页样式第 54-1)

关于精神保健以及精神障害者福祉的相关法律第 34 条第 1 项的规定为基准转移的同意书

平成 年 月 日

爱知县 保健所长

住址  
姓名 印

根据以下所记，同意搬送到接纳医院

记

接受诊察者	片假名		男女	生年 月日	年 月 日 (满 岁)
	姓名				
	现住址				
搬送路线					
搬送手段					
家属等同行者的姓名					
现任保护者	姓名		关系		
	住址				

担当  
电话  
F A X