

※朱書き部分を修正すれば、名古屋市も使用可能。なお、愛知県は各保健所長が措置等行うが、名古屋市は本庁が担当するので「名古屋市長」名となる。
※中核市は措置を行わない。

(別紙様式第49)

第 号
平成 年 月 日

様

愛知県 保健所長

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条（第1項・第2項）
の規定に基づく診察の実施について（通知）

あなたが保護している下記の者について、診察を行います。

なお、後見人、保佐人、親権を行う者、配偶者その他現に本人の保護の任に当たっている者は、この診察に立ち会うことができます。

なお、被診察者を搬送する場合は同行してください。

記

診察を受ける者	フリガナ		男 女	生年 月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名				
	現住所				
日 時	平成 年 月 日 () 午 時 分				
場 所					
備 考					

担 当
電 話
F A X

※朱書き部分を修正すれば、名古屋市も使用可能。なお、愛知県は各保健所長が措置等行うが、名古屋市は本庁が担当するので「名古屋市長」名となる。
※中核市は措置を行わない。

(別紙様式第54-1)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条第1項の規定に基づく移送に関する同意書

平成 年 月 日

愛知県 保健所長殿

住所
氏名 印

下記の者について、受け入れ病院まで搬送することに同意します。

記

診察を受ける者	フリガナ		男 女	生年 月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名				
	現住所				
搬送経路					
搬送手段					
家族等同行者の氏名					
現に保護の任に当たっている者	氏名		続柄		
	住所				

担 当
電 話
F A X