

※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5)

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27条第1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。

記

診察を受ける者	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名				
	現住所				
日 時	平成 年 月 日 () 午前・午後 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8)

第 - 号
平成 年 月 日

様 (殿)

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29条第1項の規定に基づく
入院措置について(通知)

あなたが保護している下記の者については、入院措置します。
なお、精神障害者の医療については、主治医の指示に従ってください。

記

精神障害者	フリガナ		男・女	年 月 日生
	氏 名			
	現住所			
入院させる病院				
診 断 名				
措置入院の時期	平成 年 月 日			
備 考				

担 当
電 話
F A X