

※Modificando a parte em vermelho, pode ser usado para Nagoya. E, na Província de Aichi o Diretor do Centro de Saúde se encarrega das medidas, mas em Nagoya a própria repartição se encarrega e fica como “Prefeito de Nagoya” .

※As cidades núcleo não realiza as medidas e locomoções.

(Formulário anexo nº 5)

Número -  
Data: Ano Mês Dia

Sr(a)

**Diretor do Centro de Saúde Província de Aichi**

Informativo sobre o exame médico referente à saúde psiquiátrica e assistência a deficiente mental de acordo com o artigo 27, item 1 da Lei

Será feito o exame de saúde psiquiátrico da pessoa abaixo que está sob a sua responsabilidade.

E, o tutor, responsável, pessoa com o direito paternal, cônjuge ou outra pessoa que seja responsável poderá presenciar o exame.

Histórico

Pessoa a ser examinada	Furigana		Masc Fem	Data de Nascimento	Ano	Mês	Dia
	Nome						
	Endereço						
Data	Heisei	Ano	Mês	Dia (____-feira)	Horas	Minutos	
Local							
Observações							

Responsável

Telefone

Fax

※Modificando a parte em vermelho, pode ser usado para Nagoya. E, na Província de Aichi o Diretor do Centro de Saúde se encarrega das medidas, mas em Nagoya a própria repartição se encarrega e fica como “Prefeito de Nagoya” .

※As cidades núcleo não realiza as medidas e locomoções.

(Formulário anexo nº 8)

Número -

Data: Ano    Mês    Dia\_

Sr(a)

**Diretor do Centro de Saúde    Província de Aichi**

Informativo sobre o internamento involuntário referente à saúde psiquiátrica e assistência a deficiente mental de acordo com a lei 29, artigo 1 da Lei.

Será feito o internamento involuntário. da pessoa abaixo que está sob a sua responsabilidade.

E, quanto ao tratamento médico de deficiente mental, solicitamos seguir as indicações do médico.

Histórico

Paciente psiquiátrico	Furigana	Masc Fem	Ano	mês	dia de
	Nome		nascimento		
	Endereço				
Nome do hospital a ser internado					
Dome do diagnóstico					
Período da internação	Data: Ano _____ Mês _____ Dia _____				
Observações					

Responsável

Telefone

Fax