

※Al corregir la parte escrita en rojo, podrá hacer uso también en la ciudad de Nagoya.  
 En la prefectura de Aichi cada director del hospital toma las medidas, pero en la ciudad de Nagoya el gobernador se hace cargo por lo que será a nombre de el “gobernador de la ciudad de Nagoya”.  
 ※En el centro de la ciudad no se hacen transportaciones.

(Formato anexo No.5)

No.  
 Año mes y día

Sr.

Prefectura de Aichi      Director del centro de  
 salud

Sobre la realización de la examinación médica en base a las regulaciones del artículo 27 párrafo 1 de la ley salud mental y de bienestar para personas con discapacidad mental. (aviso)

La persona mencionada abajo a la cual usted mantiene, va a ser examinada.

Las personas que fungen como tutor, aval, padrino, cónyuges y demás personas responsables del cuidado del interesado, podrán estar presentes en esta examinación.

Anotaciones

La persona que se va a examinar	Furigana		V M	Fecha de nacimiento	Año mes día
	Nombre				
	Dirección				
Fecha y hora	Año mes y día      horas y minutos				
Lugar					
Notas					

Encargado  
 Teléfono  
 Fax

※Al corregir la parte escrita en rojo, podrá hacer uso también en la ciudad de Nagoya.  
 En la prefectura de Aichi cada director del hospital toma las medidas, pero en la ciudad de Nagoya el gobernador se hace cargo por lo que será a nombre de el “gobernador de la ciudad de Nagoya”.  
 ※En el centro de la ciudad no se hacen transportaciones.

(Formato anexo No.8)

No.  
 Año mes y día

(Estimado) Sr.

Prefectura de Aichi      Director del Hospital

Sobre la hospitalización basada en las regulaciones del artículo 29 inciso 1 de la ley referente al seguro psicológico y de beneficencia para las personas con discapacidad mental. (aviso)

Vamos a proceder a hospitalización de la persona mencionada abajo que se encuentra bajo su cuidado.

En cuanto al tratamiento médico de personas con discapacidad mental, se ruega obedecer las instrucciones de la terapia principal.

Anotaciones

Persona con discapacidad mentales	furigana		V M	Año mes y día
	Nombre			
	Dirección			
Hospital al que se ingresa				
Diagnostico				
Período de la hospitalización	Año mes y día			
Notas				

Encargado  
 Teléfono  
 Fax