

精神科病院様におかれましては、提出すべき多数の報告書を作成することが課題となっております。このシステムはその報告書作成を支援し、事務作業の軽減を目的としたシステムです。

今回ご提供いたします報告書は12種類(一部両面)となっております。



	報告書名	用紙
1	医療保護入院者(第33条第2項)の入院届	A4
2	医療保護入院者の入院届	A3
3	医療保護入院者の定期病状報告書	A3
4	医療保護入院者の退院届	A4
5	措置入院者の症状消退届	A4
6	措置入院者の定期病状報告書	A3
7	措置入院者の仮退院許可について(申請)	A4
8	診断書(通院医療費公費負担用)	A4(表)
9	診断書(通院医療費公費負担用)	A4(裏)
10	診断書(精神障害者保険福祉手帳用)	A3
11	障害者手帳・通院医療費公費負担申請書	A4
12	通院医療費公費負担患者票・障害手帳・変更届け・再交付等申請書	A4
13	通院医療費公費負担患者票追加交付申請書	A4


上記ご提供以外の資料にも対応いたしますので、ご相談ください。

# 報告書作成システム

Client Server Type

医療法人 AP会 ソフトエーピー病院



県 保健所 控	一括	医療保護入院者 入院届 (GH0100) A3	患者一覧	一括	医療保護入院者 定期病状報告書 (GH0000) A3	県 保健所 控	一括	医療保護入院者 (第33条第2項)の入院届 (GH0300) A4	県 保健所 控	一括	医療保護入院者 退院届 (GH0400) A4
---------------	----	-------------------------------	------	----	-----------------------------------	---------------	----	---	---------------	----	-------------------------------

(表)	表印刷	(裏)	裏印刷	表示	一括	診断書 (通院医療費公費負担用) 表 (GH0700)	一括	診断書 (精神障害者保健福祉手帳用) (GH0900)
-----	-----	-----	-----	----	----	-----------------------------------	----	-----------------------------------

県 市町村 本人控	一括	障害者手帳・ 通院医療費公費負担申請書 (GH1000)	一括	県 市町村 本人控	一括	通院医療費公費負担患者票 追加交付申請書 (GH1200)	一括	通院医療費公費負担患者票・ 障害者手帳変更届・再交付等 申請書 (GH1100)
-----------------	----	------------------------------------	----	-----------------	----	-------------------------------------	----	---

県 保健所 控	一括	措置入院者 症状消退届 (GH0500)	一括	表示	一括	措置入院者 仮退院許可について(申請) (GH0600)	一括	措置入院者 定期病状報告書 (GH0200) A3	県 保健所 控
---------------	----	----------------------------	----	----	----	------------------------------------	----	---------------------------------	---------------

JYK 1-夕管理 (23)

患者登録 (20)

業務運用管理

終了

V1.1  
C/S type

## 医療保護入院者の定期病状報告書

患者ID  終了

氏名  登録

フリガナ  表示

性別  男  女 取消

生年月日  年齢  削除

住所  住所編集

秋田  青森  岩手  山形  福島  茨城  栃木  群馬  埼玉  千葉  東京  神奈川  新潟  富山  石川  福井  山梨  長野  岐阜  愛知  三重  滋賀  京都  大阪  和歌山  奈良  徳島  香川  高松  愛媛  高知  福岡  佐賀  大分  熊本  鹿児島  沖縄

記入日  日

医療保護入院年月日 (第33条第1項による入院)  日

今回の入院年月日  日

入院形態  ●◎●

前回の定期報告年月日  日

精神保健指定医氏名  update

病名 / 生活歴及び現病歴 初回・前回入院期間 過去12ヶ月間 現在の精神症状-1 現在の精神症状-2 診察年月日・保護者 医療機関

病名 1. 主たる精神障害  ●

ICDコード  ICDコード

2. 従たる精神障害  ●

ICDコード  ICDコード

3. 身体合併症  ●

生活歴及び現病歴

生活歴◎●●●●

●●●●● 年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。

陳述者氏名  続柄

# 医療保護入院者の定期病状報告書【患者一覧】

平成 25年1月

病棟名	患者ID	氏名(カナ)	氏名(漢字)	入院月日	1項入院日	前回定期報告 日	医師名
	*test1	イチヲ テスト	一覽 テスト	2008.09.10	2003.06.15	2012.01.31	精神 三郎
	00888	センダイ シロウ	仙台 四郎	2006.10.05	2006.10.01	2012.01.31	精神 五郎
	00015	タカシ イヒロ	高橋 a p	0000.00.00	2012.01.28	0000.00.00	

医療保護入院者の入院届

平成 25 年 1 月 28 日

秋 田 県 知 事 殿

病 院 名 医療法人AP会 ソフトエーピー病院
所 在 地 秋田県秋田市手形十七流122-4
管 理 者 院長 高橋 太郎 印

Medical protection admission form with fields for patient name (一覽 テスト), birth date (30年2月9日), address (秋田県秋田市), admission date (平成20年1月20日), and current symptoms.

Additional information section including symptoms (てんかん発作, 自殺念慮), problem behaviors (暴言, 徘徊), and current status (幻覚妄想状態, 精神運動興奮状態).

Guardian information section including guardian name (一覽 ジロウ), address (秋田県秋田市), and relationship (後見人).

Review and measures section with columns for '審査会意見' and '都道府県の措置', and a table for '事務局の確認欄'.

記載上の留意事項

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。
3 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
4 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数ヶ月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
6 入院を必要と認めた精神保健指定医師氏名の欄は、精神保健指定医師自身が署名すること。
7 保護者の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載すること。
8 保護者の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
9 選択肢の欄は、それぞれに該当する算用数字、ローマ数字を でかこむこと。



医療保護入院者の定期病状報告書

平成 25 年 1 月 28 日

秋田県知事殿

病院名 医療法人AP会 ソフトエーピー病院
所在地 秋田県秋田市手形十七流122-4
管理者 院長 高橋 太郎 印

Form with fields for patient name (一覽 テスト), birth date (30年2月9日生), admission date (15年6月15日), and medical history.

記載上の留意事項

- 1 〇〇内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。
3 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
4 生活歴及び現病歴の欄は、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
5 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
6 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
7 診断した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。

Form for current symptoms and other important symptoms, including sections for consciousness, memory, and mood.

Form for guardian information, including name, address, and relationship to the patient.

Form for review committee opinion and prefectural measures.

- 8 保護者の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載すること。
9 保護者の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
10 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を で囲むこと。

## 医療保護入院者（第33条第2項）の入院届

平成 25 年 1 月 28 日

秋 田 県 知 事 殿

病 院 名 医療法人A P会 ソフトエーピー病院

所 在 地 秋 田 県 秋 田 市 手 形 十 七 流 1 2 2 - 4

管 理 者 名 院 長 高 橋 太 郎 印

下記の者が医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。なお、保護者が選任された場合、改めて同項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ 氏名	イッパン テスト (男・女)	生年月日	明治 大正 昭和 平成	30年2月9日生 (満57歳)
	住所	秋田 都 道 府 県 秋田 郡 市 区 大町一丁目 町 村 区 23-4			
第33条第2項の入院年月日	平成 11 年 8 月 15 日	今 回 の 入 院 年 月 日	昭和 平成	24 年 2 月 4 日	
第34条による移送の有無	有り		なし		
病 名	1. 主たる精神障害 主たる精神障害 ICDカテゴリー-( X1234 )	2. 従たる精神障害 従たる精神障害 ICDカテゴリー-( Y1234 )	3. 身体合併症 身体合併症		
医療保護入院の必要性 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態ないと判断した理由について記載すること) (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること)	患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態ないと判断した理由について記載すること				
病状又は状態像の概要	病状又は状態像の概要				
入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	署名				
同 意 者	氏名	イッパン ジロウ (男・女)	続柄 弟	生年月日	明・大 昭・平 35 年 3 月 21 日生
	住所	秋田 都 道 府 県 秋田 郡 市 区 大町一丁目 町 村 区 23-4			
家庭裁判所への申請日 (予定日を含む)	平成 25 年 1 月 10 日				

## 記載上の留意事項

- 1 [ ] 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、第34条による移送が行われた場合には、この欄は、記載する必要がないこと。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。(特例措置による入院を含む。その場合は特例措置入院と記載すること。)なお、複数の入院形態を経ている場合は、順に記載すること。
- 3 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健医自身が署名すること。

## 医療保護入院者の退院届

平成 25 年 1 月 28 日

秋 田 県 知 事 殿

病院名 医療法人A P会 ソフトエーピー病院  
所在地 秋田県秋田市手形十七流122-4  
管理者名 院長 高橋 太郎 印

下記の医療保護入院者が退院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の2の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ 氏名	イッパン テスト (男・女)	生年月日	明治 大正 昭和 平成	30年2月9日生 (満57歳)		
	住所	秋田 都道 府(県) 秋田 郡(市) 区	大町一丁目	町村 区	23-4		
保 護 者	フリガナ 氏名	イチラン ジロウ (男・女)	続柄 弟	生年月日	明治 大正 昭和 平成	35年3月21日生 (満52歳)	
	住所	秋田 都道 府(県) 秋田 郡(市) 区	大町一丁目	町村 区	23-4		
	フリガナ 氏名	イチラン ハナコ (男・女)	続柄 母	生年月日	明治 大正 昭和 平成	6年1月6日生 (満82歳)	
	住所	秋田 都道 府(県) 秋田 郡(市) 区	大町一丁目	町村 区	23-4		
入院年月日 (医療保護入院)	昭和 平成					20年1月20日	
退院年月日	平成					23年3月30日	
病 名	1. 主たる精神障害 主たる精神障害		2. 従たる精神障害 従たる精神障害		3. 身体合併症 身体合併症		
	ICDカテゴリー( ICD1234 )		ICDカテゴリー( ICD5678 )				
退院後の処置	① 入院継続( 任意入院・措置入院・他科 ) ② 通院医療 ③ 転医 ④ 死亡 ⑤ その他( 退院後の処置 )						
退院後の帰住先	① 自宅( 〇 家族と同居 〇 単身 ) ② 施設 退院後の帰住先 ③ その他( 退院後の帰住先 )						
帰住先の住所	秋田 都道 府(県) 秋田 郡(市) 区					大町一丁目 町村 区	23-4
訪問指導等 に関する意見	訪問指導等 に関する意見						
障害福祉サービス等の 活用に関する意見	障害福祉サービス等の活用に関する意見						
主治医氏名							

## 記載上の留意事項

- 入院年月日の欄は、医療保護入院の年月日(第33条第2項又は第33条第2項・第4項による入院を経た場合にあってはその入院年月日)を記載すること。
- 保護者の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載すること。
- 保護者の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を で囲むこと。