様式１

医療保護入院等のための移送に関する事前調査及び移送記録票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療保護入院及び応急入院のための診察が必要と考えられる者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 　 　年　　月　　日　（満　　　　　歳） |
| 氏名 | 　 　　 　　　（男・女） |
| 住所 |  都道　　　　郡市　　　　　町村  府県　　　　　区　　　　　　区 |
| 職業 |  |
| 相　　談　　者 | １家族等のうちいずれかの者　　　２行政機関（　　　　　　　　　）３その他（　　　　　　　　　　） |

◆　事前調査票

|  |  |
| --- | --- |
| 調査対象者の所在地 |  |
| 調査時の状況 |  |
| 主治医との連絡 | 氏　名 |  | 連絡先等 |  |
| 主治医意　見 |  |
|
| 本 人 の 同 意 | １．可能　　　　２．不可能 |
| 家族等のうちいずれかの者又は市町村長の同意の有無 | １．有　　　　　２．無 |
| 事前調査の総合判定 | １．移送を行うための診察が必要　　　２．不必要 |
| 調査年月日 | 調査年月日 | 　　　　年　 月　 日 　時 　分～　 時 　分　 |
| 職員氏名 |  | 所属 |  | 指定医の確認 |  |

* 移送記録票

|  |  |
| --- | --- |
| 移送開始及び終了 |  　年　 月 　日 　時 　分　～　　月 　日 　時 　分 |
| 指定医の氏名所属 | 氏名 |  | 所属 |  |
| 診察開始及び終了 |  　年　 月 　日 　時 　分　～　　月 　日 　時 　分 |
| 診　察　場　所　 |  |
| 診察の立会い者の氏名及び本人との続き柄 |  |
| 診 察 の 補 助 者 | 氏名 |  | 職種 |  | 所属 |  |
| 指定医の診察結果 |  |
| 移送に関する告知 | １　告知を行った |
|  搬送の概要（方法，経路，時刻等） |  |
| 移送先の応急入院指定病院 | 名称 |  | 所在地 |  |
| 移 送 の 補 助 者 | 氏名 |  | 職種 |  | 所属 |  |
| 移 送 の 同 行 者 |  |
| 行動の制限の有無 | １．行動制限を行った　　　２．行動制限を行わなかった |
| その他特記事項 |  |
| 記　　録　　者 | 氏名 |  | 所属 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同意をした家族等 | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　（男・女） | 続柄 | 生年月日 | 　　 年 　 月　 　日　　　　（満　　　歳） |
|  |
| 氏名 | 　　　　　　　（男・女） | 続柄 | 生年月日 | 　　 年 月　　 日　　　　（満　　　歳） |
|  |
| 住所 | 　　　　　都道　　　　郡市　　　　町村　　　　　府県　　　　　区　　　　　区 |
| 住所 | 　　　　　都道　　　　郡市　　　　町村　　　　　府県　　　　　区　　　　　区 |
| １　配偶者　　２　父母（親権者で　ある・ない）　　３　祖父母等４　子・孫等　　５　兄弟姉妹　　６後見人又は保佐人７　家庭裁判所が選任した扶養義務者（選任年月日　　　年　　月　　日）８　市町村長 |
| 現任保護者 | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　（男・女） | 続柄 | 生年月日 | 　　年 　月 　日　　　　（満　　　歳） |
|  |
| 住所 | 　　　　　都道　　　　郡市　　　　町村　　　　　府県　　　　　区　　　　　区 |
| 立会通知年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 通知方法 | 電話・書面・その他 |

記　載　上　の　留　意　事　項

１　家族等の氏名欄は，親権者が両親の場合は２人目を記載すること。

２　家族等の住所欄は，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。