様式２

医療保護入院等のための移送に関する診察指示書

　　年　　月　　日

精神保健指定医

　　　　　　　　　　　様

保健所長　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 次により，精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条の規定による移送に係る | | | | | | |
| 診察をしてください。 | | | | | | |
| 被診察者 | 氏　　名 | (男・女) | 生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | | | |
| 診察 | 場所 |  | | | |
| 日時 | 年　　月　　日　　　　時　　分から | | | |
| その他必要な事項 |  | | | |