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 | 　 |