様式第３号（第５条関係）

診察指示書

　　年　　月　　日

　　　精神保健指定医

　　　　　　　　　　様

広島県知事　　　　　　　　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27条 | | | | | | 第1項  第2項 | の規定による診 | |
| 察をしてください。 | | | | | | | | |
| 被診察者 | フリガナ  氏名 | (男・女) | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 住所 |  | | | | |
| 診察 | 場所 |  | | | | |
| 日時 | 年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分から | | | | |
| その他必要な事項 |  | | | | |

　注　1　不用の文字は，消すこと。

　　　2　用紙の大きさは，日本産業規格Ａ列４とする。