様式７

措置入院に関する事前調査及び移送記録票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 措置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 |  | | |

◆　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 |  | | | | | | |
|
| 事前調査の総合判定 | １．措置入院に関する診察が必要　　　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 |  | |

* 移送記録票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 措置診察のための  移送の有無 | 1. 措置診察のための移送を行った 2. 措置診察の後に移送を行った | | | | | | | | |
| 移送開始及び終了 | 年　 月 　日 　時 　分　～　　月 　日 　時 　分 | | | | | | | | |
| 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） |  | | | | | | | | |
| 移送先の指定病院等 | 名称 |  | | 所在地 | | |  | | |
| 補　　助　　者 | 氏名 |  | 職種 | |  | | | 所属 |  |
| 同行者の氏名 |  | | | | | | | | |
| 行動制限の有無 | １．行動制限を行った　　　２．行動制限を行わなかった | | | | | | | | |
| 医療行為の有無 | １．医療行為を行った　　　２．医療行為を行わなかった | | | | | | | | |
| その他の特記事項 |  | | | | | | | | |
| 記録者の氏名等 |  | | | 所属 | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |

様式８

措置入院のための移送に関する診察記録票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ | |  | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日  　　　　（満　　　　歳） |
| 氏　　　　　名 | | （ 男 ・ 女 ） | | | | | |
| 移送の手続における行動の制限 | | 行動制限の有無 | | | | １．行動制限を行った　２．行わなかった | | | |
| 症状 |  | | | | | | |
| 開始日時 | | 年　　月　　日　　時　　分 | | | | | |
| 告知 | １．告知を行った | | | | | | |
| 移送の手続きにおける  医療行為 | | 医療行為の有無 | | | | | １．医療行為を行った ２．行わなかった | | |
| 症状 | | |  | | | | |
| 医療行為の  内容 | | |  | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | |
| 指定医の氏名 |  | | | | | | | | |