

(様式 1)

措置入院のための移送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	フリガナ			生年	年	月	日
	氏名	(男・女)		月日		(満)	歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村	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							
調査年月日等	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						
移送の開始及び終了	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						
その他特記事項							
記録者の氏名等				所属			