

ケースレポート一覧

申請日 (西暦) 年 月 日
 申請者氏名
 申請者生年月日 (西暦) 年 月 日
 住所地都道府県

精神保健指定医の新規申請のため、以下のケースレポートを提出します。

注) 各症例について、以下の①～⑥について該当する方に☑を付けること。

- ① 「措置入院者の症例」又は「医療保護入院者の症例」のいずれの症例として申請しているか。
- ② 「医療保護入院者の症例」である場合には、申請者が当該医療保護入院者の入院時点からその診断又は治療に従事したものであり、入院時の指定医の診察に立ち会った症例（事務取扱要領 2（2）オ参照）に該当するか。（①で「措置入院」を選択した場合は、どちらにも☑の必要はない。）
- ③ 「申請前一年以内に従事した症例」（事務取扱要領 2（2）コ参照）又は「申請をした日の一年前の日より前に従事した症例」（同 2（2）サ参照）のいずれの症例として申請しているか。
- ④ 18歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある者に係る症例に該当するか。
- ⑤ 措置入院又は医療保護入院から任意入院に入院形態を変更後に、申請者が任意入院による治療を行った症例（事務取扱要領 2（2）シ参照）に該当するか。
- ⑥ 措置入院者又は医療保護入院者の退院後に、申請者が通院による治療を行った症例（事務取扱要領 2（2）ス参照）に該当するか。

（記入欄）

	①	②	③	④	⑤	⑥
第 1 症例	<input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請前 1 年以内 <input type="checkbox"/> 申請日の 1 年前より前	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
第 2 症例	<input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請前 1 年以内 <input type="checkbox"/> 申請日の 1 年前より前	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
第 3 症例	<input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請前 1 年以内 <input type="checkbox"/> 申請日の 1 年前より前	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
第 4 症例	<input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請前 1 年以内 <input type="checkbox"/> 申請日の 1 年前より前	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
第 5 症例	<input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請前 1 年以内 <input type="checkbox"/> 申請日の 1 年前より前	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当