（様式２０号）

|  |
| --- |
|  　　　 精神障がい者保護探索願 　 　 年　　　　月　　　　日 　　　　　　　　　　**警　察　署　長　　殿**  　　　　 病院所在地 　　　　 病　院　名 　　　　病院管理者  　　　　電話番号 　　　当院に入院中の精神障がい者が無断退去し、行方不明になりましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 　　第３９条第１項の規定に基づき通知しますので探索をお願いします。 １　精神障がい者 |
| 氏　名 |  | 男・女 | 　　年　　月　　日 | 入院区分 |  措　　置 医療保護 任　　意 その他（ ） |
|  入院時の住所 又は居所 |  |  入院又は 措置年月日 | 　　年　　月　　日 |
|  ２　退　去　状　況 |
|  退去日時 |  　　前 年　　　月　　　日 午 時 分 　　後 |
|  退院当時の状 況及び病院の 採った処置 |  |
|  退去当時の 症状の概要 （危険性等具体的 に記載すこと。） |  |
|  ３　家　族 等 |
| 氏名 |  |  男 ・ 女 | 　　　　年　　月　　日 |  続　　柄 |  |
| 住所 |  |  連　絡　先 電話番号 |  |
| ４　障がい福祉サービスに係る事業を行う者 |
| 名称 |  |
| 所在地 |  | 連絡先 |  |
|  ４　退去者を発見するために参考となるべき事項 |
| 体格・人相 |  身　長 | ㎝ | 白・青白・普通・顔 色浅黒・赤 | 行動の特徴 | 音声・なまり |
|  体　重 | 肥･小肥･中肉･やせ( 　　)Kg | 眼 鏡 ﾚﾝｽﾞ(　　) 縁( ) | 歩行・対話癖 |
|  面　型 | ▽・△・　・□・○ | 頭 髪 | 趣味・し好特技・資格 |
|  血　液　型 |  Ａ・Ｂ・ＡＢ・Ｏ |  退去時の着衣･携帯品等 |  |
|  その他参考事項 |