（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 | | | | | | | | | | | | |