様式

同　　意　　書

１．医療保護入院の同意の対象となる精神障害者本人

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　年　　月　　日 |

２．医療保護入院の同意者の申告事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　所 | 〒 | 〒 |
| フリガナ |  |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　年　　　月　　　日 | 大正・昭和・平成　　年　　　月　　　日 |
| 本人との関係 | | |
| １　配偶者　２　父母（親権者で　ある・ない）３　祖父母等　４　子・孫等　５　兄弟姉妹  ６　後見人又は保佐人　７　家庭裁判所が選任した扶養義務者（　　　　　　　　　　　　　　）  （選任年月日　昭和・平成　　年　　月　　日）  なお、以下のいずれにも該当しないことを申し添えます。  ①本人と訴訟をした者、本人と訴訟をした者の配偶者又は直系血族、②家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人、補助人、③成年被後見人又は被保佐人、④未成年者 | | |

※親権者が両親の場合は、両親とも署名の上記載して下さい。

　 　以上について、事実と相違ないことを確認した上で、１の者を貴病院に入院させることに同意します。

病院管理者　殿

　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○　○○