

様式 2

医療保護入院同意依頼聴取票

1. 入院する病院の名称・所在地	
2. 患者の居住地（又は現在地）	
3. 患者の氏名	
4. 患者の生年月日・性別	
5. 患者の本籍地 (外国人の場合は国名)	
6. 患者の症状 (該当症状に丸をつける) (注)昭和 63 年厚生省告示第 125 号を参照のこと	① 抑うつ状態                      ④ 知能障害 ② 躁状態                            ⑤ 意識障害 ③ 幻覚妄想状態                  ⑥ その他 (                      )
7. 診察した指定医の氏名	
8. 患者の家族構成及び連絡先 (いない場合は「なし」、行方不明の場合は「不明」と記入すること)	配偶者 父 母 子 兄弟姉妹 祖父母又は孫 その他の親族(おじ・おば、おい・めい等)
9. 8 で記載した家族等のうち、患者に対する虐待・DV 等に係る家族等の氏名	
(患者への虐待が疑われる場合) 10. 虐待に係る通報状況（通報内容、通報窓口の連絡先）	通報の内容  通報窓口の連絡先（氏名・電話番号）
(患者が一時保護措置等の措置を受けている場合) 11. 一時保護措置等の内容と保護先の施設担当者等の連絡先	一時保護等の内容  保護先の施設担当者等の連絡先（氏名・電話番号）
12. 患者からの DV 等支援措置の適用に係る申し出の有無	有                      無
13. その他参考となる事項 (過去の入院歴等参考となる事項があれば記載する)	

以上のように聴取した。

聴取日                      年    月    日  
 聴取者名

#### 記載上の留意事項

1. 項目 10 から 12 については、項目 9 に記載のない場合は記載不要。