

入院(任意入院)に際してのお知らせ

〇 〇 〇 〇 〇 様

年 月 日

1. あなたの入院は、あなたの同意に基づく、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条の3の規定による**任意入院**です。
2. あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立ち会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院で扱うことがあります。
3. あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との電話・面会や、あなた又は保護者の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外の人との電話・面接については、あなたの病状に応じて医師の指示で一時的に制限されることがあります。
4. あなたの入院中、あなたの処遇は、原則として開放的な環境での処遇(夜間を除いて病院の出入りが自由可能な処遇。)となります。しかし、治療上必要な場合には、あなたの開放処遇を制限することがあります。
5. あなたの入院中、治療上どうしても必要な場合にはあなたの行動を制限することがあります。
6. あなたの入院は任意入院でありますので、あなたの退院の申し出により、退院できます。但し、精神保健指定医があなたを診察し、必要があると認めたときには、入院を継続していただくことがあります。その際には、入院継続の措置をとることについて、あなたに説明いたします。
7. もしあなたに不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院の職員に申し出てください。それでもなお、あなたの入院や処遇に納得のいかない場合には、あなた又は保護者は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、都道府県知事に請求することが出来ます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか又は下記にお問い合わせください。

(各都道府県の精神保健福祉担当課の住所・連絡先)

8. 病院の治療方針に従って療養に専念してください。

病 院 名

管理者氏名

主治医氏名

任意入院同意書

年 月 日

〇 〇 〇 〇 〇 病院長様

入院者本人氏名

生年月日 年 月 日生

住 所

私は、「入院に際してのお知らせ」(入院時告知事項)を了承のうえ、精神

保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条の4第1項の規定により、

貴院に入院することに同意いたします。

入院（医療保護入院）に際してのお知らせ

○ ○ ○ ○ ○ 様

年 月 日

1. あなたは、精神保健指定医の診察の結果、入院が必要であると認められ、平成 年 月 日、入院されました。
2. あなたの入院は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条【①第1項 ②第2項】の規定による**医療保護入院**です。
3. あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立ち会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院で扱うことがあります。
4. あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との電話・面会や、あなた又は保護者の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外の人との電話・面接については、あなたの病状に応じて医師の指示で一時的に制限されることがあります。
5. あなたの入院中、治療上どうしても必要な場合にはあなたの行動を制限することがあります。
6. もしあなたに不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院職員に申し出てください。それでもなお、あなたの入院や処遇に納得のいかない場合には、あなた又は保護者は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、都道府県知事に請求することが出来ます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか又は下記にお問い合わせください。

(各都道府県の精神保健福祉担当課の住所・連絡先)

7. 病院の治療方針に従って療養に専念してください。

病 院 名

管理者氏名

指定医氏名

主治医氏名

入院（応急入院）に際してのお知らせ

○ ○ ○ ○ ○ 様

年 月 日

1. あなたは、精神保健指定医の診察の結果、入院が必要であると認められ、平成 年 月 日、入院されました。
2. あなたの入院は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4の規定による**応急入院**です。
3. あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立ち会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院で扱うことがあります。
4. あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との電話・面会や、あなた又は保護者の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外の人との電話・面接については、あなたの病状に応じて医師の指示で一時的に制限されることがあります。
5. あなたの入院中、治療上どうしても必要な場合にはあなたの行動を制限することがあります。
6. もしあなたに不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院職員に申し出てください。それでもなお、あなたの入院や処遇に納得のいかない場合には、あなた又は保護者は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、都道府県知事に請求することが出来ます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか又は下記にお問い合わせください。

(各都道府県の精神保健福祉担当課の住所・連絡先)

7. 病院の治療方針に従って療養に専念してください。

病 院 名

管理者氏名

指定医氏名

主治医氏名

身体的拘束を行なうに当たってのお知らせ

○ ○ ○ ○ ○ 様

年 月 日

1. あなたの状態が、下記に該当するため、これから（午前・午後 時 分）
身体的拘束をします。
2. 下記の状態がよくなれば、身体的拘束を解除します。

記

- ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している状態
- イ 多動又は不穏が顕著である状態
- ウ ア又はイのほか精神障害の為に、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶ
おそれがある状態
- エ その他（)

精神保健指定医氏名

隔離を行なうに当たってのお知らせ

○ ○ ○ ○ ○ 様

年 月 日

1. あなたの状態が、下記に該当するため、これから（午前・午後 時 分）隔離をします。
2. 下記の状態がよくなれば、身体的拘束を解除します。

記

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に悪く影響する状態
- イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している状態
- ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破壊行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない状態
- エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な状態
- オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置のため、隔離が必要な場合
- カ その他（ ）

医師氏名

外出制限のお知らせ

○ ○ ○ ○ ○ 様

あなたの現在の病状からみて治療上の必要性から、しばらく外出を控えていただきます。

病状が落ち着いて、医師の許可がおりたのち、再び外出が自由となります。

年 月 日

午前・午後 時 分

医師氏名

開放処遇の制限を行なうに当たってのお知らせ

○ ○ ○ ○ ○ 様

年 月 日

1. あなたの状態が、下記に該当するため、これから（午前・午後 時 分）開放処遇を制限します。
2. 下記の状態がよくなれば、再び開放処遇となります。

記

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に悪く影響する状態
- イ 自殺企図又は自傷行為のおそれがある状態
- ウ ア又はイのほか、当該患者の病状からみて、開放処遇を継続することが困難な状態
- エ その他（ ）

医師の氏名

入院継続に際してのお知らせ

○ ○ ○ ○ ○ 様

年 月 日

1. あなたから退院の申し出がりましたが、精神保健指定医の診察の結果、入院を継続する必要があると認められますので、(午前・午後 時)、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条の4第4項の規定によりお知らせします。
2. あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受診は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立ち合いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院に預かることがあります。
3. あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との電話・面会や、あなた又は保護者の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外の人との電話・面接については、あなたの病状に応じて医師の指示で一時的に制限されることがあります。
4. あなたの入院中、治療上どうしても必要な場合にはあなたの行動を制限することがあります。
5. もしあなたに不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院職員に申し出てください。それでもなお、あなたの入院や処遇に納得のいかない場合には、あなた又は保護者は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、都道府県知事に請求することが出来ます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか又は下記にお問い合わせください。

(各都道府県の精神保健福祉担当課の住所・連絡先)

6. 病院の治療方針に従って療養に専念してください。

病 院 名

管理者氏名

指定医氏名

主治医氏名

年 月 日

〇 〇 〇 〇 都道府県知事（指定都市市長）様

請求者 住所
氏名

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の4に基づいて退院・処遇改善の請求をします。

精神病院に 入院中の方	氏名 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 住 所
請 求 者	1 本人 2 保護者（続柄 ） 3 代理人
病 院 名	病 院
入 院 年 月 日	年 月 日
入 院 形 態	1 措置入院 2 医療保護入院 3 任意入院 4 その他
請 求 さ れ る 内 容 ・ 理 由	