

Consent to Limitation on Open Treatment

開放処遇制限についての同意書

Date: _____

To Director of Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

東京都立松沢病院長 殿

Voluntarily hospitalized person

任意入院者

Name _____

氏 名

Date of birth _____

生年月日

I am voluntarily hospitalized, but I understand that it is unavoidable that my actions such as going out of the hospital may be temporarily limited due to the need for treatment. I therefore agree that my open treatment may be limited.

私は任意入院で入院しましたが、治療の必要上、自由な外出などが一時的に制限されることはやむを得ないと思いますので、開放的処遇の制限を受けることに同意します。