Consent for Hospitalization for Medical Care and Protection
医療保護入院同意書

1. The individual who will be admitted for Hospitalization for Medical Care and Protection
医療保護入院の同意の対象となる精神障害者本人

Address 住　　所	〒
Furigana フリガナ	
Name 氏　　名	ID
Date of birth 生年月日	

2. The person who gives consent to Hospitalization for Medical Care and Protection
医療保護入院の同意者の申告事項

Address 住　　所	〒	〒
Furigana フリガナ		
Name 氏　　名		
Date of birth 生年月日		

Relationship to the individual
本人との関係

1. Spouse, 2. Parent(s) (with/without parental rights), 3. Grandparent and the like, 4. Child, grandchild and the like 5. Sibling
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. Guardian or Conservator, 7. Supporter under Duty appointed by family court
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（　　）
Date of appointment _____
（選任年月日）

I add that I fall into none of the following:
(1) Person in a lawsuit with the individual, or spouse or direct relative of such a person, (2) Statutory agent, Conservator or Assistant dismissed by family court (3) Person under Guardianship or Assistance, (4) under 20 years of age
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

* If both parents have parental rights, both of them need sign.
※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。

I hereby confirm that the above mentioned is true and give consent to hospitalization of the individual specified in Section 1 to your hospital.
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。

To Hospital Administrator
病院管理者　殿

Date:_____

Consenter's Name _____Seal
同意者　　氏名　　印

Consenter's Name _____Seal
同意者　　氏名　　印