

Formulaire de consentement à une hospitalisation volontaire

任意入院同意書

À l'attention du Directeur général de l'Hôpital métropolitain Matsuzawa de
Tokyo

都立松沢病院長 殿

Personne hospitalisée

入院者本人

Nom et Prénom : _____
氏 名

Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____
生 年 月 日

Adresse : _____
住 所

Je certifie avoir lu et compris les « Informations lors de l'admission à l'hôpital »
(dispositions transmises au moment de l'hospitalisation) et d'ainsi consentir à
être hospitalisé dans votre établissement suivant le règlement de l'alinéa 1 de
l'article 21 de la Loi sur la Santé Mentale et le Bien-Être des Personnes
Mentalement Handicapées.

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 21 条第 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。