

Formulaire de consentement à la limitation du traitement ouvert  
開放処遇制限についての同意書

À l'attention du Directeur général de l'Hôpital Métropolitain Matsuzawa de Tokyo  
東京都立松沢病院長 殿

Personne sous hospitalisation volontaire  
任意入院者

Nom et Prénom \_\_\_\_\_  
氏 名

Date de naissance \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)  
生年月日 年 月 日

Bien que j'aie été admis à l'hôpital sous le régime d'une hospitalisation volontaire, je comprends qu'il est inévitable de limiter temporairement, par ex., mes sorties à l'extérieur en raison des nécessités liées à mon traitement. Je consens ainsi à subir une limitation de mon traitement ouvert.

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。