

의료보호입원 동의서

医療保護入院同意書

1. 의료보호입원의 동의 대상인 정신장애인 본인

医療保護入院の同意の対象となる精神障害者本人

주소 住所	
읽는 법 フリガナ	
성명 氏名	
생년월일 生年月日	

2. 의료보호입원 동의자 신고사항

医療保護入院の同意者の申告事項

주소 住所	(우) 〒	(우) 〒
읽는 법 フリガナ		
성명 氏名		
생년월일 生年月日	년 월 일 年 月 日	년 월 일 年 月 日
본인과의 관계 本人との関係		
1. 배우자 2. 부모(친권자임·아님) 3. 조부모 등 4. 자·손 등 5. 형제 자매 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. 후견인 또는 보좌인 7. 가정법원이 선임한 부양의무자() 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 () (선임 연월일 서기 년 월 일) (選任年月日 平成 年 月 日)		
아울러, 아래의 어느 것에도 해당하지 않음을 덧붙입니다. なお、以下のいずれにも該当しないことを申し添えます。 ①본인과 소송을 한 사람, 본인과 소송을 한 사람의 배우자 또는 직계혈족, ②가정법원에서 해임된 법정대리인, 보좌인, 보조인, ③성년 피후견인 또는 피보좌인, ④미성년자 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 年後見人又は被保佐人、④未成年者		

※ 친권자가 부모인 경우에는 부모 모두 기재하고 서명하십시오.

※ 친권자가 양친의 경우는, 양친 모두 서명の上記載して下さい。

이상에 대해, 사실과 다름이 없음을 확인하고, 1의 사람을 귀 병원에 입원시키는 것에 동의합니다.

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。

병원 관리자 귀하

病院管理者 殿

년 월 일
 年 月 日
 동의자 성명 _____ 인
 同意者 氏名 _____ 印

(동의자 성명 _____ 인)
 (同意者 氏名 _____ 印)