

Carta de consentimiento de internación para cuidado médico y protección
医療保護入院同意書

1. Paciente psiquiátrico para el cual se ha dado consentimiento de internación para cuidado médico y protección

医療保護入院の同意の対象となる精神障害者本人

Dirección 住 所	〒
Furigana フリガナ	
Nombre 氏 名	
Fecha de nacimiento 生年月日	

2. Informaciones de la persona que da el consentimiento de internación para cuidado médico y protección

医療保護入院の同意者の申告事項

Dirección 住 所	〒	〒
Furigana フリガナ		
Nombre 氏 名		
Fecha de nacimiento 生年月日	Año _____ Mes _____ Día _____ 年 月 日	Año _____ Mes _____ Día _____ 年 月 日
Relación con el paciente 本人との関係		
1 Espos/a 2 Padre/Madre (Custodia: Tiene/No tiene) 3 Abuelo/a, etc. 4 Descendiente, etc. 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 Hermano/a 6 Guardián o Procurador 7 Sustentador designado por la Corte Familiar (_____) 5 兄弟姉妹 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 (_____) (fecha de designación Año _____ Mes _____ Día _____) (選任年月日 年 月 日)		
Además, declaro que no caigo dentro de ninguna de las siguientes categorías. (1) Persona que ha estado envuelta en demanda con el paciente, o esposo/a o familiar de sangre de una persona que ha estado envuelta en demanda con el paciente (2) Representante legal, procurador o asistente que ha sido exonerado por la Corte Familiar (3) Adulto bajo el cuidado de un guardián o de un procurador (4) Menor de edad 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		

*Si los padres tienen la custodia, ambos deben escribirlo después de firmar.

※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。

Habiendo verificado que lo escrito arriba es cierto, doy consentimiento para la internación en su hospital de la persona descrita en 1.

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。

Sr. Administrador del hospital

病院管理者 殿

Año _____ Mes _____ Día _____
年 月 日

Persona que da el consentimiento Nombre _____ Sello _____
同意者 氏名 印

Persona que da el consentimiento Nombre _____ Sello _____
同意者 氏名 印