

Kasulatan ng Pagsang-ayon sa Pagpapa-ospital para sa Medikal na Pangangalaga at Proteksyon

医療保護入院同意書

1. Taong may kapansanan sa kaisipan na nangangailangan ng inyong pagsang-ayon sa pagpapa-ospital para sa medikal na pangangalaga at proteksyon

医療保護入院の同意の対象となる精神障害者本人

Tirahan 住 所	〒
フリガナ	
Pangalan 氏 名	
Kaarawan 生年月日	

2. Mga bagay na dapat ideklara ng sumasang-ayon sa pagpapa-ospital para sa medikal na pangangalaga at proteksyon

医療保護入院の同意者の申告事項

Tirahan 住 所	〒	〒				
フリガナ						
Pangalan 氏 名						
Kaarawan 生年月日	Buwan 日	Araw 月	Taon 年	Buwan 日	Araw 月	Taon 年
Relasyon sa pasyente 本人との関係						
1. Asawa 2. Magulang (mayroong / walang awtoridad bilang magulang) 3. Lolo o lola 4. Anak o apo 5. Kapatid 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. Tagapagbantay o tagapagtanggol 7. Legal na tagapagsuportang itinakda ng Korte ng Pampamilya () 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 () <div style="text-align: right;"> (Petsa ng katakdaan Buwan Araw Taon) (選任年月日 日 月 年) </div>						
Idinedeklara ko ring hindi ako naakma sa mga nakasulat sa ibaba: (i) may ginawang paglilitis sa pasyente, asawa o kaangkan ng taong may ginawang paglilitis sa pasyente, (ii) legal na kinatawan, tagapagtanggol o tagapag-asiste na itinakda ng Korte ng Pampamilya, (iii) taong ipinagbantay o ipinagtatanggol na may wastong edad (adult) (iv) 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						

* Kung parehong ama at ina ay mayroong awtoridad bilang magulang, pakiusap lang na ang mga magulang ay maglagay ng pirma at magsulat sa kasulatang ito.

※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。

Sinigurado kong naaayon sa katotohanan ang mga nakasulat sa itaas at sumasang-ayon sa pagpasok ng taong nakasulat sa 1. sa inyong ospital.

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。

Kagalang-galang na Tagapamahala ng Ospital

病院管理者 殿

Petsa Buwan Araw Taon
日 月 年

Ang sumasang-ayon Pangalan _____ tatak
同意者 氏名 印

(Ang sumasang-ayon Pangalan _____ tatak
同意者 氏名 印)