

自愿住院同意书

任意入院同意書

日期 _____

日付

都立松泽病院长 先生/女士

都立松沢病院長 殿

I D : _____

住院者本人 姓 名 : _____

入院者本人 氏 名

出生年月日 : _____

生年月日

住 址 : _____

住 所

我已了解“住院须知”(住院时的告知事项), 并同意依照精神保健及精神障碍者福利有关法律的第 21 条第 1 款规定于贵院实施住院治疗。

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。