

様式 8 (様式 8)

住院（医疗保护住院）时的须知事项
入院（医療保護入院）に際してのお知らせ

ID : _____

_____ 先生/女士（殿）

日期 _____

日付

- 1 根据（精神保健指定医师、特定医师）对于您的诊断结果，认为您有必要进行住院治疗，您已于_____（上午/下午_____点）办理住院。
あなたは、（精神保健指定医・特定医師）の診察の結果、入院が必要であると認められ_____（午前・午後_____時）、入院されました。
- 2 您的住院，是依照精神保健及精神障碍者有关法律第 33 条【①第 1 款 ②第 3 款 ③第 4 款后半段】规定所实施的医疗保护住院。
あなたの入院は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 33 条【①第 1 項 ②第 3 項 ③第 4 項後段】の規定による医療保護入院です。
- 3 在您住院期间，信函及明信片等邮件的收发不受限制，但如果认为信件中含有夹杂物时，可能会请您在医院职员的会同下打开信件，并由医院代为保管该夹杂物。
あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立ち会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院にあずかることがあります。
- 4 在您住院期间，您与执行人权保护的行政机关职员、您的代理人律师之间的电话、会面，或您与接受您或您家人的委托，即将成为您的代理人律师之间的会面，不受限制。您与上述以外人士的电话、会面，根据医生依据您病情作出的指示，有可能暂时受到限制。
あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との電話・面会や、あなた又はあなたのご家族等の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外の人との電話・面接については、あなたの病状に応じて医師の指示で一時的に制限することがあります。
- 5 在您住院期间，有可能根据治疗需要，对于您的行动采取限制。
あなたの入院中、治療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 6 当您有疑问或无法接受的事项，请务必向医院的职员提出。
您提出之后，对于您的住院及待遇仍然存在无法接受的事项时，您或您的家人等可向都道府县知事提出请求，要求其发出关于您出院及改善医院对于您的待遇的指示。有关详细内容，请询问医院职员或向以下单位进行咨询。
もしもあなたに不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院の職員に申し出てください。それでもなお、あなたの入院や処遇に納得のいかない場合には、あなた又はあなたのご家族等は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、都道府県知事に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか又は下記にお問い合わせください。

1 关于住院期间的投诉。

邮政编码 163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番地1号
東京都福祉保健局医療政策部医療安全科（患者之声咨询窗口）
电话 03（5320）4435（直拨）

入院中の苦情に関すること。

郵便番号 163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番地1号
東京都福祉保健局医療政策部医療安全課（患者の声相談窓口）
電話 03（5320）4435（ダイヤルイン）

2 关于请求出院及改善住院期间的隔离・束缚人身自由等处置的措施。

邮政编码 156-0057 東京都世田谷区上北沢二丁目1番地7号
東京都中部総合精神保健福祉センター 広報援助科（精神医療審査会）
电话 03（3302）7891（直拨）

退院請求及び入院中の隔離・拘束等の処遇改善に関すること。

郵便番号 156-0057 東京都世田谷区上北沢二丁目1番地7号
東京都中部総合精神保健福祉センター 広報援助課（精神医療審査会）
電話 03（3302）7891（ダイヤルイン）

7 请遵从医院的治疗方针，专注于治疗。

病院の治療方針に従って療養に専念して下さい。

医 院 名

都立松沢病院

病 院 名

都立松沢病院

管理者姓名

院长 齐藤正彦

管理者の氏名

院長 齋藤 正彦

指定医师、特定医师姓名 _____

指定医・特定医師の氏名

主治医师姓名 _____

主治医の氏名