医 疗 保 护 住 院 同 意 书
医 療 保 護 入 院 同 意 書

1. 医疗保护住院同意对象的精神障碍者本人
医療保護入院の同意の対象となる精神障害者本人

住　　址 住　　所	〒
拼　　音 フリガナ	
姓　　名 氏　　名	ＩＤ
出生年月日 生年月日	

2. 医疗保护住院同意人的申告事项
医療保護入院の同意者の申告事項

住　　址 住　　所	〒	〒
拼　　音 フリガナ		
姓　　名 氏　　名		
出生年月日 生年月日		

与患者本人的关系
本人との関係

1　配偶　2　父母（是否为亲权人　是・否）3 祖父母等　4　子・孙等　5 兄弟姐妹
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　监护人或保护人　7　家庭法院所选任的抚养义务人（　　）
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（　　）
（选任年月日　　年　　月　　日）
（選任年月日　　年　　月　　日）

另外，补充申告不符合以下所述任何一项。

① 曾与患者本人进行过诉讼的人士、曾与患者本人进行过诉讼人士的配偶或直系亲属、②于家庭法院被免除的法定代理人、保护人、辅助人、③成年被监护者或被保护者、④未成年人

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

※亲权人为患者父母时，请父母双方共同署名，进行填写。
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。

以上所填事项经确认与事实相符，同意让 1 所记载的患者在贵院进行住院治疗。
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。

医院管理者　先生/女士
病院管理者　殿

年　　月　　日

同意人　姓名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
同意者　　氏名　　印

同意人　姓名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
同意者　　氏名　　印