

有关住院(自愿住院)的通知

_____先生

_____年 _____月 _____日

1. 你的住院,是出于你本人自愿,根据精神保健及精神障碍者福利法第 22 条之 3 规定而决定的 **自愿住院**。
2. 你住院时不会受到寄发或接受信件和明信片的限制。但是倘若判断信封里面装有异物时,在医院的职员在场的情况下,请你自己打开信封,如有异物,有时要由医院进行保管。
3. 你住院时,你与拥护人权的行政机关的人员和作为你的代理人的律师之间的电话联络·会面,或者与你或你的义务保护人委托而将成为你的代理人的律师之间的会面将不会受到限制。但是,有关与其他人之间的电话·会面,按照你的病情和医生的指示,有可能暂时受到限制。
4. 你住院时,医院基本上在公开的环境下对你实施医疗待遇(即除了夜间以外,你可以随便进出医院)。但是由于治疗上的需要,有可能对出门活动加以限制。
5. 你住院时,由于一定有治疗上的需要,有可能限制你的行动。
6. 因为你的住院是自愿的,所以根据你的要求,你可以出院。但是倘若精神保健指定医生的诊断结果认为需要继续住院,有可能使你继续住院。届时医院将给你进行说明。
7. 如果你有不明之处、不能接受之处,可以不要客气地向医院的职员提出。你还是不能接受自己住院措施或医院对你所实施的医疗待遇时,你本人或义务保护人,可以向该医院所属的都道府县政府提出出院或改善医疗待遇的要求。对于详细情形,请向医院的职员或以下机构询问。

你住院的医院所属的都道府县政府精神保健福利部门的联系号码

8. 请遵守医院的治疗方针,专心养病。

医院名

管理者姓名

主治医生姓名

自愿住院同意书

年 月 日

医院院长

住院者本人 姓 名

出生年月日

地 址

我本人, 已了解《有关住院(自愿住院)的通知》(住院时告知事项), 而且
同意根据精神保健及精神障碍者福利法第 22 条之 4 第 1 项规定而在贵医院接
受住院治疗。

有关住院(医疗保护住院)的通知

先生

年 月 日

1. 精神保健指定医生对你进行诊断的结果,认为需要住院,因此, 年 月 日,你已在这所医院开始住院治疗。
2. 你的住院,是根据精神保健及精神障碍者福利法第 33 条 [①第 1 项 ②第 2 项] 所规定而决定的医疗保护住院。
3. 你住院时不会受到寄发或接受信件和明信片的限制。但是倘若判断信封里面装有异物时,在医院的职员在场的情况下,请你自己打开信封,如有异物,有时要由医院进行保管。
4. 你住院时,你与拥护人权的行政机关的人员和作为你的代理人的律师之间的电话联络·会面,或者与你或你的义务保护人委托而将成为你的代理人的律师之间的会面将不会受到限制。但是,有关与其他人之间的电话·会面,按照你的病情和医生的指示,有可能暂时受到限制。
5. 你住院时,由于治疗上的需要,有可能限制你的行动。
6. 如果你有不明确之处、不能接受之处,可以不要客气地向医院的职员提出。你还是不能接受自己住院措施或医院对你所实施的医疗待遇时,你本人或义务保护人,可以向该医院所属的都道府县政府提出出院或改善医疗待遇的要求。对于详细情形,请向医院的职员或以下机构询问。

你住院的医院所属的都道府县政府精神保健福利部门的联系号码

7. 请遵守医院的治疗方针,专心养病。

医 院 名

管 理 者 姓 名

指 定 医 生 姓 名

主 治 医 生 姓 名

有关住院(应急住院)的通知

_____ 先生

_____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 精神保健指定医生对你进行诊断的结果,认为需要住院,因此, _____ 年 _____ 月 _____ 日,你已在这所医院开始住院治疗。
2. 你的住院,是根据精神保健及精神障碍者福利法第 33 条之 4 所规定而决定的应急住院。
3. 你住院时不会受到寄发或接受信件和明信片的限制。但是倘若判断信封里面装有异物时,在医院的职员在场的情况下,请你自己打开信封,如有异物,有时要由医院进行保管。
4. 你住院时,你与拥护人权的行政机关的人员和作为你的代理人的律师之间的电话联络·会面,或者与你或你的义务保护人委托而将成为你的代理人的律师之间的会面将不会受到限制。但是,有关与其他人之间的电话·会面,按照你的病情和医生的指示,有可能暂时受到限制。
5. 你住院时,由于治疗上的需要,有可能限制你的行动。
6. 如果你有不明之处、不能接受之处,可以不要客气地向医院的职员提出。你还是不能接受自己住院措施或医院对你所实施的医疗待遇时,你本人或义务保护人,可以向该医院所属的都道府县政府提出出院或改善医疗待遇的要求。对于详细情形,请向医院的职员或以下机构询问。

你住院的医院所属的都道府县政府精神保健福利部门的联系号码

7. 请遵守医院的治疗方针,专心养病。

医 院 名

管 理 者 姓 名

指 定 医 生 姓 名

主 治 医 生 姓 名

有关进行身体束缚措施的通知

_____ 先生

_____ 年 _____ 月 _____ 日

- 一. 你的病情符合以下情况，因此医院决定了从现在开始（上午·下午 _____ 时 _____ 分）开始对你进行身体束缚措施。

- 二. 只要以下情况得到恢复，就可解除身体束缚措施。
 1. 有自杀企图或自伤行为并且情况极为紧迫。

 2. 明显出现多动症或精神不安现象。

 3. 除了上述 1、2 以外，由精神障碍引起异常状态，如果不加措施，恐怕会产生致命的影响。

 4. 其他(_____)

精神保健指定医生姓名 _____

有关进行隔离措施的通知

_____ 先生

_____ 年 _____ 月 _____ 日

- 一. 你的病情符合以下情况，因此医院决定了从现在（上午·下午
时 _____ 分）开始对你进行隔离措施。

- 二. 只要以下情况得到恢复，就可解除隔离措施。
 1. 你的言行恐怕会对病情的进程及预后产生影响，如严重破坏与其他患者之间的人际关系等。
 2. 你有自杀企图或自伤行为并且情况紧迫。
 3. 你对其他患者加以暴力行为、严重的搔扰行为和毁坏物品行为，而且其他措施都不能控制。
 4. 由于急性精神运动兴奋等，明显出现精神不安、多动症以及冲动现象等症状，而且在一般精神科病房，非常难以医治或保护。
 5. 有关在身体上患有并发症的患者，需要进行检查及治疗等而需要隔离措施。
 6. 其他(_____)

医生姓名 _____

有关限制出门的通知

_____ 先生

根据现在的病情, 由于治疗上的必要, 认为需要暂时限制你的出门活动。

病情稳定后, 只有得到医生的批准, 出门活动才重新允许。

_____ 年 月 日

_____ 上午·下午 时 分

_____ 医生姓名

有关限制开放待遇的通知

_____先生

_____年 _____月 _____日

- 一. 你的病情符合以下情况，因此医院决定了从现在（上午·下午 _____时 _____分）开始限制开放待遇。

- 二. 只要以下情况得到恢复，就可重新开始实施开放待遇。
 1. 你的言行恐怕会对病情的进程及预后产生影响，如严重破坏和其他患者之间的人际关系等。

 2. 恐怕会有自杀企图或自伤行为。

 3. 除了上述 1、2 以外，根据你的病情，认为难以继续开放待遇。

 4. 其他(_____)

医生姓名 _____

有关继续住院的通知

_____先生

_____年 _____月 _____日

1. 虽然由你提出出院要求,但精神保健指定医生对你进行诊断的结果,认为需要继续住院,因此(上午·下午 _____时 _____分),根据精神保健及精神障碍者福利法第22条之4第4项规定,在此通知。
2. 你住院时不会受到寄发或接受信件和明信片限制。但是倘若判断信封里面装有异物时,在医院的职员在场的情况下,请你自己打开信封,如有异物,有时要由医院进行保管。
3. 你住院时,你与拥护人权的行政机关的人员和作为你的代理人的律师之间的电话联络·会面,或者与你或你的义务保护人委托而将成为你的代理人的律师之间的会面将不会受到限制。但是,有关与其他人之间的电话·会面,按照你的病情和医生的指示,也有可能暂时受到限制。
4. 你住院时,由于治疗上的需要,有可能限制你的行动。
5. 如果你有不明之处、不能接受之处,可以不要客气地向医院的职员提出。你还是不能接受自己住院措施或医院对你所实施的医疗待遇时,你本人或义务保护人,可以向该医院所属的都道府县政府提出出院或改善医疗待遇的要求。对于详细情形,请向医院的职员或以下机构询问。

你住院的医院所属的都道府县政府精神保健福利部门的联系号码

6. 请遵守医院的治疗方针,专心养病。

医 院 名

管 理 者 姓 名

指 定 医 生 姓 名

主 治 医 生 姓 名

