

様式 8

入院（医療保護入院）に際してのお知らせ

殿

平成 年 月 日

- 1 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、平成 年 月 日(午前・午後 時)、入院されました。
- 2 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 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 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 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 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下さい。

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下さい。

都道府県知事の連絡先(電話番号を含む。)

- 7 病院の治療方針に従って療養に専念して下さい。

病 院 名

管 理 者 の 氏 名

指定医・特定医師の氏名

主 治 医 の 氏 名