

様式 2

医療保護入院同意依頼聴取票

入院する病院の名称・所在地	
患者の居住地（又は現在地）	
患者の氏名	
患者の生年月日・性別	
患者の本籍地 (外国人の場合は国名)	
患者の症状 (該当症状に丸をつける) (注)昭和 63 年厚生省告示第 125 号を参照のこと	① 抑うつ状態 ④ 知能障害 ② 躁状態 ⑤ 意識障害 ③ 幻覚妄想状態 ⑥ その他 ()
診察した指定医の氏名	
患者の家族構成及び連絡先 (いない場合は「なし」、行方 不明の場合は「不明」と記入す ること)	配偶者 父 母 子 兄弟姉妹 祖父母又は孫 その他の親族(おじ・おば、おい・めい等)
その他参考となる事項 (過去の入院歴等参考となる 事項があれば記載する)	

以上のように聴取した。

聴取日 年 月 日
 聴取者名