**样式６**

**对开放待遇进行限制时的须知事项**

（自愿住院者姓名）先生/女士

　　　　年　　月　　日

1. 因您的症状与下述内容相符，从现在开始（上午/下午　点　分）对您的开放式待遇进行限制。
2. 下述症状完全消失后，将再次转为开放式待遇。

记

a　 言行举止将会严重破坏与其他患者之间的人际关系等，对患者的病状进展和预后产生不利影响的状态

i　 有自杀企图或自残行为倾向的状态

u　 a或i以外，从该患者的病情来看，难以继续实施开放式治疗待遇的状态

e　 其他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

医生姓名