**양식 12-2**

의료보호 입원의 입원 기간 갱신에 관한 통지

(의료보호 입원자의 가족 등의 성명) 귀하

【의료보호 입원의 입원 기간 갱신에 대해서】

년 월 일

의료보호 입원이란, 정신보건 지정의의 진찰 결과, 정신장애가 있고 의료와 보호를 위해 입원의 필요성이 있다고 판정된 분으로, 그 정신장애로 인해 입원 동의를 받을 수 없는 경우, 부득이하게 가족 등의 동의를 얻어 정신보건 및 정신장애인 복지에 관한 법률(이하 「법」이라고 함.) 이 정하는 범위 내 (의료보호 입원 개시일로부터 6개월이 경과하기 전까지는 3개월 이내, 의료보호 입원 개시일로부터 6개월이 경과한 후부터는 6개월 이내)의 기간을 정하고 입원하는 제도입니다. 단, 입원을 계속하는 것이 필요하다고 판정된 경우에는 가족 등의 동의를 얻은 후 입원 기간이 갱신됩니다.

이번 입원 중 (의료보호 입원자 성명) 귀하 (이하 「본인」이라고 함.) 의 입원 기간 갱신이 필요한 이유, 갱신 후 입원 기간 및 동의에 관한 취급은 아래와 같습니다.

１．현재 의료보호 입원 중인 본인은 아래 이유 및 목적으로 법 제33조 제6항의 규정에 입각해 입원을 계속할 필요가 있다고 인정됩니다.

＜입원을 계속하는 것이 필요한 이유에 대해서＞

（１）진찰 결과, 본인은 아래 상태라고 판정되었습니다.

①환각 망상 상태(환각 및 망상이 있으며, 그것을 현실과 구별하는 것이 어려움)

②정신운동 흥분 상태(욕동 및 의지가 항진되어, 흥분하기 쉽고, 스스로 억제하는 것이 어려움)

③혼미 상태(의지 발동성의 강한 억제 및 현저한 혼란으로 인해 외부 자극에 대한 반응이 어려움)

④우울 상태(우울감 및 비관적인 생각, 흥미 및 즐거움의 소실 등이 지속되고 있음)

⑤조증 상태(기분이 들뜨거나 현저히 활발함, 조바심 등이 지속되고 있음)

⑥섬망·몽롱 상태(의식장애로 인해 각성 수준이 저하되어 있음)

⑦치매 상태(인지 기능이 저하해 일상 전반에 지장을 초래하고 있음)

⑧조현병 등 잔류 상태(장애로 인해 일상생활 동작, 사회적 판단·기능 수행이 어려움)

⑨기타( )

（２）본인은 아래의 이유로 입원을 계속하는 것이 필요하게 되었습니다.

외래 통원 등으로는 충분한 치료가 되지 않으므로, 세심한 의료를 제공하기 위해 입원의 필요성이 있습니다.

본인의 안전을 확보하면서 진단 및 치료를 실시하기 위해, 입원의 필요성이 있습니다.

기타( )

뒷면에 계속

２．의료보호 입원자 퇴원 지원 위원회에서 지역에서의 생활을 위한 이행을 촉진하기 위해 심의가 실시되었습니다.

３．갱신 후 입원 기간은 년 월 일입니다.

４．이번 갱신에 동의하실 경우는 별첨 동의서에 필요사항을 기재 후 병원으로 보내 주십시오.(전화 등, 동의서가 아닌 방법으로도 병원에 회신할 수 있지만, 그 경우라도 추후 동의서를 제출할 필요가 있습니다.)

５．이번 갱신에 동의하지 않을 경우는 비동의 의사를 전화 등으로 병원에 꼭 알려 주십시오.

６．이번 갱신에 동의도 비동의도 하지 않는 것을 희망할 경우, 그 의사를 전화 등으로 병원에 알려 주십시오.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 병 |  | 원 |  |  | 명 |
| 관 | 리 | 자 |  | 성 | 명 |
| 지 | 정 | 의 |  | 성 | 명 |
| 주 | 치 | 의 |  | 성 | 명(※) |

(※)지정의와는 별도로 이미 주치의가 정해져 있는 경우에 기재