**样式2**

**自愿住院时的须知事项**

（自愿住院者姓名）先生/女士

　　年　　月　　日

1. 您的本次住院，是在您本人同意的基础上，依照《有关精神保健及精神障碍者福利法律》第20条之规定而实施的自愿住院。
2. 在您住院期间，信函或明信片等邮件的收发不受限制。但如发现信件中装有异物，我们将与医院工作人员一同要求您亲自打开信件，并由医院代为保管此异物。
3. 住院期间，您可与行政机关的人权维护工作人员、您的代理律师进行电话或会面交流；也可与应您或您家人的委托而将成为您代理律师的人员会面。但根据医生依据您病情而作出的指示，我们可能会暂时限制您与上述以外人员进行电话或会面交流。
4. 原则上，您将在开放式环境中度过住院治疗生活（除夜间以外，可自由出入医院）。但是，如果治疗需要的话，也有可能限制您的开放式治疗待遇。
5. 住院期间，如果是万不得已要的治疗需要的话，可能会对您的行动进行限制。
6. 您的住院属于自愿行为，因此当你提出出院申请时，即可出院。但是，经精神保健指定医生或特定医生诊断，如果认为您有必要继续接受治疗时，我们将可能要求您继续住院。这种情况下，我们将会向您说明要求您继续住院的相关事宜。

7.　在您住院期间，我们将竭尽全力帮助您恢复健康。若您对住院期间的治疗和生活有任何疑问或无法接受的事项，请随时咨询医院工作人员。

8.　若您仍无法接受住院治疗或住院生活，可由您亲自或通过家人向都道府县知事提出请求，要求其作出指示，办理您的出院或改善住院待遇。详情请咨询医院工作人员，或联系如下单位。

自治体联系方式（包括电话号码。）

9.在您住院期间，如果您受到医院工作人员的虐待，可举报给如下单位。另外，如您发现有其他住院患者受到医院工作人员的虐待，也请举报给如下单位。

自治体虐待举报相关联系方式（包括电话号码。）

医　院　名称

管理人员姓名

主治医生姓名