**样式8**

医疗保护住院家属同意书

１．医疗保护住院同意对象精神障碍者本人

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地 | 址 | 邮编 | | | |
| 片假名 | |  | | | |
| 姓 | 名 |  | | | |
| 出生日期 | | 大正・昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 |

２．医疗保护住院同意人申报事项

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地 | 址 | 邮编 | | | | 邮编 | | | |
| 片假名 | |  | | | |  | | | |
| 姓 | 名 |  | | | |  | | | |
| 出生日期 | | 大正・昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 大正・昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
| 与患者本人的关系 | | | | | | | | | |
| 1 配偶 　　2 父母（监护人 是・否）　 3 祖父母等　　4 子女/孙子孙女　 5 兄弟姐妹  6 监护人或保佐人　　 7 家庭法院选定的扶养义务人　（　　　　　　　　　　　　　　　 ）  （选定日期 昭和・平成・令和 年 月 日）此外，同意人不符合下述任一情况。  ①对患者本人提起诉讼者、对患者本人提起诉讼者的配偶或直系亲属、②家庭法院免除的法定代理人、保佐人、辅助人、③对患者施加虐待等行为（对配偶施加暴力、虐待儿童、虐待老年人、虐待残疾人）者、④因精神功能障碍，在需要妥当表达同意或不同意时，无法妥当进行认知、判断及沟通者、⑤未成年人 | | | | | | | | | |

※若监护人为父母，原则上请在父母均签字后填写。

我确认上述内容与事实相符，同意让1中的患者住进贵院。

医院管理员

年 月 日

（　同 　意 　人 　姓 　名　）

（同意人姓名（若监护人为父母））