**样式9**

医疗保护住院时的须知事项

（医疗保护住院患者姓名） 先生/女士

【关于医疗保护住院】

年 月 日

医疗保护住院，是指对于经精神保健指定医生或特定医生的诊断，认为患有精神障碍，需要住院进行医疗和保护的人，因其患有精神障碍而无法表示同意住院时，只能经家属同意，在依据精神保健及精神障碍者福利相关法律（以下称为“法律”）规定范围内（医疗保护住院不超过6个月者为3个月以内；医疗保护住院超过6个月者为6个月以内）的期间住院的制度。如需继续住院，再次获得家属同意后即可办理继续住院。

经（☐精神保健指定医生・☐特定医生）的诊断，根据下述理由及目的，我院认为您需要住院，并于 年 月 日（☐上午・☐下午 点 分）为您办理了住院。

您的住院是依据法律第33条［☐①第1款、☐②第2款、☐③第3款后段］之规定办理的医疗保护住院。如符合①或②时，您的住院期间为自住院之日起不超过3个月的 年 月 日结束。

【住院理由】

1. 根据诊断判断您处于以下状态。

①幻觉妄想状态（有幻觉和妄想，很难把它们和现实区别开来）

②精神运动兴奋状态（情绪高涨，易兴奋，难以自抑）

③昏迷状态（由于强烈的精神抑制和明显的混乱，难以对外界做出响应）

④抑郁状态（由于情绪低落及思想悲观，持续失去兴趣和喜悦的状态）

⑤躁动不安（持续情绪高涨、精力旺盛、烦躁的状态）

⑥谵妄、神志不清状态（由于意识障碍导致觉醒度低）

⑦痴呆状态（认知功能下降，乃至影响日常生活）

⑧精神分裂症等残留表现（因精神障碍难以完成日常生活的动作以及社会判断和功能）

⑨其他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 您由于以下理由住院。

因通过门诊等方式不能得到充分的治疗，为获得更精心的治疗需要住院

为在确保安全的情况下接受诊断及治疗需要住院

其他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

后接背面

【关于住院期间生活的须知事项】

1. 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，我们将根据情况，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。
2. 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。
3. 住院期间，我们可能会因治疗的需要，限制您的行动。
4. 对于您的住院期间，我们将每隔一段时间确认您是否需要继续住院。
5. 在您住院后7天内，我们会根据您或您家人的要求，选定出院后生活环境咨询员，为您提供有关出院后生活环境的必要信息或建议和援助。
6. 如果您希望或需要使用护理保险或残疾福利服务，请咨询出院后生活环境咨询员等医院工作人员，他们会向您介绍有关护理或残疾福利的咨询处。
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。详情请咨询出院后生活环境咨询员等医院工作人员，或联系如下单位。

自治体联系方式（包括电话号码。）

1. 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

管理员姓名

指定医生/特定医生姓名

主治医生姓名（※）

（※）与指定医生等不同，只在确定了主治医生时填写