**样式 12-2**

医疗保护住院的继续住院须知事项

（医疗保护住院患者家属等姓名）先生/女士

【关于医疗保护住院的继续住院】

年 月 日

医疗保护住院，是指对于经精神保健指定医生的诊断，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。

这次住院的（医疗保护住院患者姓名）先生/女士（以下称为“患者本人”）需要继续住院的理由、继续住院期间及有关同意继续住院的办理方法如下。

1．对于现在接受医疗保护住院的患者本人，我院根据下述理由及目的，依据法律第33条第6款之规定，认为其需要继续住院。

<需要继续住院的理由>

（1）根据诊断判断患者本人处于以下状态。

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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（2）患者本人因下述理由需要继续住院。

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

2．医疗保护住院患者出院支援委员会为推动向地区生活的转移，进行了审议。

3．继续住院期间至 年 月 日。

4．如果您同意这次的继续住院，请在另附同意书填写必要事项，并邮寄至医院。（也可不以同意书的方式，通过电话回复，但仍需要您日后提交同意书。）

5．如果您不同意这次的继续住院，请务必通过电话等方式将您不同意的意向告知医院。

6．如果您希望对这次的继续住院不表态，请通过电话等方式告知医院。

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