**样式 13**

医疗保护住院继续住院家属同意书

1．医疗保护住院继续住院同意对象精神障碍患者本人

|  |  |
| --- | --- |
| 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．同意医疗保护住院继续住院的申报事项

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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中的患者在贵院继续住院。

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））