**样式 21**

强制住院决定的须知事项

年 月 日

（强制住院患者姓名） 先生/女士

○ ○ 知事

【住院理由】

根据精神保健指定医生的诊断，认为您处于【①幻觉妄想状态 ②精神运动兴奋状态 ③昏迷状态④精神分裂症残留表现 ⑤抑郁状态 ⑥躁动不安 ⑦谵妄状态 ⑧神志不清状态 ⑨痴呆状态 ⑩其他（ ）】状态，有可能伤害自己或者危害他人，依据【①精神保健及精神障碍患者福利相关法律第29条之规定、②精神保健及精神障碍患者福利相关法律第29-2之规定】，需要进行强制住院（强制住院・紧急强制住院），特此通知。

【关于住院生活的须知事项】

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 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。

5 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。

6 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。

7 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。）

后接背面

【对住院或住院生活有无法接受的事项时】

1 若您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。）

2 如对此有异议，可在您得知此处分之日的第二天起算的3个月内向厚生劳动大臣提出审查请求（另外，即使是在您得知此处分之日的第二天起算的3个月内，如果自此处分之日的第二天起算经过了1年，也不能提出审查请求。）。

3 如想撤销此处分，仅限在您收到此处分通知之日的第二天起算的6个月内，以都道府县为被告（诉讼中，代表都道府县者为都道府县知事。）提起诉讼（另外，即使是在您收到此处分通知之日的第二天起算的6个月内，如果自此处分之日的第二天起算经过了1年，也不能提起撤销此处分之诉讼。）。此外，如您在收到此处分通知之日的第二天起算的3个月内提出了审查请求，可在收到该审查请求的裁决送达之日的第二天起算6个月内提起撤销此处分之诉讼（另外，即使是在您收到该审查请求的裁决送达之日的第二天起算6个月内，如果自该审查请求的裁决之日的第二天起算经过了1年，也不能提起撤销此处分之诉讼。）。