**양식 6**

**개방 처우 제한 시행에 따른 안내**

(임의 입원자 성명) 귀하

　　　　년　　월　　일

1. 본인의 상태가 다음에 해당하므로, 지금부터 (오전・오후 시 분) 개방 처우를 제한합니다.
2. 다음 상태가 없어지면, 다시 개방 처우로 전환됩니다.

다음

아. 다른 환자와의 인간관계를 현저히 해칠 우려가 있는 등, 그 행동이 환자의 병세 경과 및 예후에 악영향을 주는 상태

이. 자살기도 또는 자해행위의 우려가 있는 상태

우. 아 또는 이 이외에, 해당 환자의 병세로 보아 개방 처우를 계속하기 힘든 상태

에. 기타(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

의사 성명