**양식 ９**

의료보호 입원에 대한 안내

 (의료보호 입원자 성명) 귀하

【의료보호 입원에 대해서】

년 월 일

의료보호 입원이란, 정신보건 지정의 또는 특정 의사의 진찰 결과, 정신장애가 있고 의료와 보호를 위해 입원의 필요성이 있다고 판정된 분으로, 그 정신장애로 인해 입원 동의를 받을 수 없는 경우, 부득이하게 가족 등의 동의를 얻어 정신보건 및 정신장애인 복지에 관한 법률(이하 「법」이라고 함.)이 정하는 범위 내(의료보호 입원 개시일로부터 6개월이 경과하기 전까지는 3개월 이내, 의료보호 입원 개시일로부터 6개월이 경과한 후부터는 6개월 이내)의 기간을 정하고 입원하는 제도입니다. 단, 입원을 계속하는 것이 필요하다고 판정된 경우에는 다시 가족 등의 동의를 얻어 입원 기간이 갱신됩니다.

본인은 (☐정신보건 지정의・☐특정 의사)의 진찰 결과, 아래 이유 및 목적으로 입원이 필요하다고 인정되므로, 년 월 일 ( ☐오전・☐오후 시 분), 입원되었습니다.

본인의 입원은 법 제33조 ［☐①제1항, ☐②제2항, ☐③제3항 후단］의 규정에 입각한 의료보호 입원입니다. ① 또는 ②에 해당할 경우, 본인의 입원 기간은 입원일로부터 3개월을 경과하지 않는 년 월 일까지입니다.

【입원 이유에 대해서】

1. 본인은 진찰 결과, 아래의 상태라고 판정되었습니다.

①환각 망상 상태(환각 및 망상이 있으며, 그것을 현실과 구별하는 것이 어려움)

②정신운동 흥분 상태(욕동 및 의지가 항진되어, 흥분하기 쉽고, 스스로 억제하는 것이 어려움)

③혼미 상태(의지 발동성의 강한 억제, 현저한 혼란으로 인해 외부 자극에 대한 반응이 어려움)

④우울 상태(우울감 및 비관적인 생각, 흥미 및 즐거움의 소실 등이 지속되고 있음)

⑤조증 상태(기분이 들뜨거나 현저히 활발함, 조바심 등이 지속되고 있음)

⑥섬망·몽롱 상태(의식장애로 인해 각성 수준이 저하되어 있음)

⑦치매 상태(인지 기능이 저하해 일상 전반에 지장을 초래하고 있음)

⑧조현병 등 잔류 상태(장애로 인해 일상생활 동작, 사회적 판단·기능 수행이 어려움)

⑨기타( )

1. 본인은 아래의 이유로 입원했습니다.

외래 통원 등으로는 충분한 치료가 되지 않으므로, 세심한 의료를 제공하기 위해 입원의 필요성이 있습니다.

본인의 안전을 확보하면서 진단 및 치료를 실시하기 위해, 입원의 필요성이 있습니다.

기타( )

뒷면에 계속

【입원 중 생활에 대해서】

1. 본인이 입원 중 편지 및 엽서의 수신이나 발신은 제한되지 않습니다. 단, 봉서에 다른 물건이 동봉되어 있다고 판단되는 경우, 병원 직원의 입회하에 본인이 개봉하며, 그 물건은 병원에 보관될 수 있습니다.
2. 본인이 입원 중 인권을 옹호하는 행정기관의 직원, 본인의 대리인인 변호사와의 전화 및 면회, 본인 또는 가족 등의 의뢰로 본인의 대리인이 되고자 하는 변호사와의 면회는 제한되지 않으나, 그 이외의 사람과의 전화 및 면회는 본인의 병세에 따라 의사 지시로 일시적으로 제한될 수 있습니다.
3. 본인이 입원 중 치료상 꼭 필요한 경우에는 본인의 행동을 제한할 수 있습니다.
4. 본인의 입원 기간은 일정 기간별로 입원 필요성에 대해서 확인을 실시합니다.
5. 입원일로부터 7일 이내에 퇴원 후 생활환경에 관해, 본인 및 가족 등의 상담에 따라 필요한 정보 제공 및 조언, 원조 등을 실시하는 직원으로 퇴원 후 생활환경 상담원이 선임됩니다.
6. 개호보험 및 장애복지 서비스의 이용을 희망할 경우 또는 그 필요성이 있는 경우, 개호 및 장애복지에 관한 상담처를 소개하므로, 퇴원 후 생활환경 상담원 등의 병원 직원에게 문의해 주십시오.
7. 입원 중 본인의 병세가 호전될 수 있도록 최선을 다하겠습니다. 만약 입원 중 치료 및 생활에 대해서 궁금한 사항, 납득이 가지 않는 사항이 있으면, 부담 없이 병원 직원에게 말씀해 주십시오.
8. 그럼에도 본인의 입원 및 입원 생활에 납득이 가지 않을 경우, 본인 또는 본인의 가족 등은 퇴원 및 병원의 처우 개선을 지시하도록 지방자치단체의 지사에게 청구할 수 있습니다. 이 점에 대해서 자세히 알고 싶은 경우는 퇴원 후 생활환경 상담원 등의 병원 직원에게 물어보시거나 아래로 문의해 주십시오.

지방자치단체 연락처(전화번호 포함)

1. 만약 본인이 입원 중 병원 직원에게 학대를 받은 경우, 아래로 신고할 수 있습니다. 또한, 만약 다른 입원 환자가 병원 직원에게 학대를 받는 것을 목격한 경우도 아래로 신고해 주십시오.

지방자치단체의 학대 신고에 관한 연락처(전화번호 포함)

병　　　원　　　 명

관　리　자　 성 명

지정의・특정 의사 성명

주　치　의　 성　명(※)

 (※)지정의 등과는 별도로 이미 주치의가 정해져 있는 경우에 기재