**양식 13**

의료보호 입원 기간 갱신에 관한 가족 동의서

１．의료보호 입원 기간 갱신에 관한 동의 대상인 정신장애인 본인

|  |  |
| --- | --- |
| 주소 | 우편번호 |
| 후리가나 |  |
| 성명 |  |
| 생년월일 |  | 년 | 월 | 일 |

２．의료보호 입원 기간 갱신에 관한 동의자의 신고사항

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 주소 | 우편번호 | 우편번호 |
| 후리가나 |  |  |
| 성명 |  |  |
| 생년월일 |  | 년 | 월 | 일 |  | 년 | 월 | 일 |
| 본인과의 관계 |
| １ 배우자 ２ 부모(친권자다・아니다) ３ 조부모 등 ４ 자녀・손주 등 ５ 형제자매６ 후견인 또는 보좌인 ７ 가정법원이 선임한 부양의무자( )(선임일 년 월 일) 아울러, 아래 중 어느 하나라도 해당하지 않을 것을 덧붙여 말씀드립니다.①본인과 소송을 한 자, 본인과 소송을 한 자의 배우자 또는 직계혈족, ②가정법원에서 면직된 법정대리인, 보좌인, 보조인, ③환자에 대한 학대 등(배우자 폭력, 아동 학대, 고령자 학대, 장애인 학대)을 행한 자, ④정신 기능 장애로 인해 동의 또는 비동의 의사 표시를 적절히 행함에 있어서 필요한 인지, 판단 및 의사소통을 적절히 행할 수 없는 자, ⑤미성년자 |

※친권자가 부모일 경우, 원칙적으로 양친 모두 서명 후 기재해 주십시오.

이상에 대해서, 사실과 다름없다는 것을 확인한 후 1의 사람에 대해 귀 병원에서의 입원 기간을 갱신하는 것에 동의합니다.

병원관리자 귀하

년 월 일

(동의자 성명）

(동의자 성명 (친권자가 부모일 경우) ）