**양식 14**

의료보호 입원의 입원 기간 갱신에 대한 안내

(의료보호 입원자 성명) 귀하

【의료보호 입원의 입원 기간 갱신에 대해서】

년 월 일

의료보호 입원이란, 정신보건 지정의의 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 가족 등의 동의를 얻은 후 입원 기간이 갱신됩니다.

본인은 정신보건 지정의의 진찰 결과, 아래 이유 및 목적으로 입원이 필요하다고 인정되어 의료보호 입원자 퇴원 지원 위원회에서 심의를 거친 후 의료보호 입원 기간이 갱신되었습니다.

본인의 입원은 법 제33조 ［☐①제1항, ☐②제2항］의 규정에 입각한 의료보호 입원이며, 갱신 후 입원 기간은 법 제33조 제6항의 규정에 입각해 년 월 일까지입니다.

【입원을 계속하는 것이 필요한 이유에 대해서】

1. 진찰 결과, 본인은 아래 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 및 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 입원을 계속하는 것이 필요하게 되었습니다.

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 필요할 경우에는 본인의 행동을 제한할 수 있습니다.
4. 본인의 입원 기간은 일정 기간별로 입원 필요성에 대해서 확인을 실시합니다.
5. 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.
6. 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.
7. 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