

# 同 意 書

1 医療保護入院の同意の対象となる精神障害者本人

住 所	〒
フリガナ	
氏 名	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

2 医療保護入院の同意者の申告事項

住 所	〒	〒
フリガナ		
氏 名		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
本人との関係 ※該当する数字等を○で囲むこと。		
① 配偶者 ② 父母（親権者である・ない） ③ 祖父母等 ④ 子・孫等 ⑤ 兄弟姉妹 ⑥ 後見人又は保佐人 ⑦ 家庭裁判所が選任した扶養義務者（ （選任年月日 昭和・平成・令和 年 月 日）		
なお、以下のいずれにも該当しないことを申し添えます。 ①本人と訴訟をした者、本人と訴訟をした者の配偶者又は直系血族、②家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人、補助人、③患者に対する虐待等（配偶者暴力、児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待）を行っている者、④精神の機能の障害により同意又は不同意の意思表示を適切に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者、⑤未成年者		

以上について、事実と相違ないことを確認した上で、1の者を貴病院に入院させることに同意します。

\_\_\_\_\_ 病院管理者 様

令和 年 月 日

同意者氏名 \_\_\_\_\_

※親権者が両親の場合は、両親とも署名してください。