

年 月 日

医療保護入院同意依頼書

市町村長 殿

病 院 名
所 在 地
病院管理者氏名

下記の者について、医療及び保護のために入院の必要があると認められましたが、他に家族等がないため、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 33 条第 2 項により貴職による同意をお願い致します。

記

1. 居住地（又は現在地）

2. 氏名

3. 生年月日・性別

4. 本籍地

5. 病状

6. 診察した指定医の氏名

7. 家族構成及び連絡先

8. その他参考となる事項

（過去の入院歴等参考となる事項があれば記載する。）

9. 今回の医療保護入院の予定する入院期間満了日 年 月 日

（以下、患者に対する家族等からの虐待等が疑われる等の場合に記載）

10. 患者に対する虐待・DV 等に係る家族等の氏名

11. 患者への虐待・DV 等が疑われる場合、通報状況（通報内容、通報窓口の連絡先）

12. 患者が一時保護等の措置を受けている場合、その内容と保護先の施設担当者等の連絡先

13. 患者からの DV 等支援措置の適用に係る申し出の有無