様式２

医療保護入院同意依頼聴取票

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 入院する病院の名称・所在地 |  |
| ２．患者の居住地（又は現在地） |  |
| ３．患者の氏名 |  |
| ４．患者の生年月日・性別 |  |
| ５．患者の本籍地(外国人の場合は国名) |  |
| ６．患者の症状  （該当症状に丸をつける） (注)昭和63 年厚生省告示第125号を参照のこと | 1. 抑うつ状態　　　④ 知能障害 2. 躁状態　　　　　⑤ 意識障害 3. 幻覚妄想状態 　 ⑥ その他（　 ） |
| ７．診察した指定医の氏名 |  |
| ８．患者の家族構成及び連絡先  （いない場合は「なし」、行方不明の場合は「不明」と記入すること） | 配偶者  父 母  子  兄弟姉妹  祖父母又は孫  その他の親族(おじ・おば、おい・めい等) |
| ９．８で記載した家族等のうち、患者に対する虐待・DV 等に係る家族等の氏名。 |  |
| （患者への虐待が疑われる場合）  10．虐待に係る通報状況（通報内容、通報窓口の連絡先） | 通報の内容  通報窓口の連絡先（氏名・電話番号） |
| （患者が一時保護措置等の措置を受けている場合）  11．一時保護措置等の内容と保護先の施設担当者等の連絡先 | 一時保護等の内容  保護先の施設担当者等の連絡先（氏名・電話番号） |
| 12．患者からのDV 等支援措置の適用に係る申し出の有無 | 有　　　無 |
| 13.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） |  |

以上のように聴取した。

聴取日 　年 　月 　日

聴取者名

記載上の留意事項

１．項目10から12については、項目９に記載のない場合は記載不要。