

様式 6

開放処遇の制限を行うに当たってのお知らせ

○ ○ ○ ○ 様

平成 年 月 日

- 1 あなたの状態が、下記に該当するため、これから（午前・午後 時 分）開放処遇を制限します。
- 2 下記の状態がなくなれば、再び開放処遇となります。

記

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に悪く影響する状態
- イ 自殺企図又は自傷行為のおそれがある状態
- ウ ア又はイのほか、当該患者の病状からみて、開放処遇を継続することが困難な状態
- エ その他（ ）

医師の氏名