

様式 1

年 月 日

医療保護入院同意依頼書

市町村長 様

病 院 名
所 在 地
病院管理者氏名

印

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 3 項により貴職による同意をお願い致します。

記

居住地（又は現在地）

氏名

生年月日・性別

本籍地

病状

診察した指定医の氏名

家族構成及び連絡先

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。）