

様式 4

年 月 日

医療保護入院期間の更新に関する同意依頼書

市町村長 様

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 6 項により貴職による入院期間の更新に関す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。)

(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)

9. 患者に対する虐待・DV 等に係る家族等の氏名
10. 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）
11. 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
12. 患者からの DV 等支援措置の適用に係る申し出の有無