入院相応患者情報確認表　　Ver.2

年　　月　　日

☐ 患者氏名　⇒　情報提供書に記載　／ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐ 住所　⇒　情報提供書に記載　／ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐ 保険証の有無　⇒　有　／　無

☐ 保険費目　⇒　国保　／　社保　／　後期高齢　／　生保　／　その他（　　）

☐ 入院費の支払い予定者　⇒　本人　／　その他（　　）
※その他の場合、支払いについての同意　有　／　無

☐ 生活保護受給者の方　⇒　＿＿＿＿＿＿福祉課・福祉事務所　＿＿係　＿＿＿＿CW

TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ご存知であればご記入下さい）

☐ 本人の入院希望　⇒　有　／　無

☐ 家族の入院希望　⇒　有　／　無　　続柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿

注1）精神科の入院は精神保健福祉法という法律に基づきます。任意入院はご本人の同意による入院です。医療保護入院はご本人の意思に基づかない（精神科医の判断と同意者による同意）入院です。

注2）同意者となりえる方（以下、家族等）は後見人・保佐人、配偶者、親権者（18歳未満の方は両親）扶養義務者（兄弟姉妹、直系血族、裁判所で選任を受けた3親等以内の親族）となります。

注3）令和5年4月から、改正精神保健福祉法の施行に伴い医療保護入院の際に同意が必要な「家族等」から、虐待を行った方が取り除かれます。
※「虐待」とは児童、高齢者、障害者虐待、配偶者からのDV等を指します。
事前に何らかの情報を把握されている場合はそちらもお教えください。

☐ 家族の同行　⇒　有　／　無

※不可の場合、最低でもご本人が入院する時間に電話で同意をいただく必要がございます。
※ケース状況によっては同意者の同行がないとご入院を受けられない場合もございます。

☐ 3ヵ月以内に精神科へ入院歴があるか　⇒　無　／　有　　医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿