様式10

隔離を行うに当たってのお知らせ

　○　○　○　○　殿

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）隔離をします。

２　下記の状態がなくなれば、隔離を解除します。

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が切迫している状態

ウ　他の患者に対する暴行行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない状態

エ　急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な状態

オ　身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

カ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

医師の氏名