様式６

開放処遇の制限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）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