

# 重要事項説明書

訪問看護

(医療・介護・介護予防)

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業者：訪問看護ステーション わかあゆ \_\_\_\_\_

# 訪問看護重要事項説明書 [令和6年6月1日現在]

## 1 事業者

|             |  |
|-------------|--|
| 法人種別 名称     | 医療法人 新生会   |
| 代表者氏名       | 理事長 石井 忍   |
| 法人本部所在地 連絡先 | 山口県岩国市麻里布町3丁目5番5号<br>電話番号 (0827) 30-0700<br>FAX (0827) 30-0702 |
| 法人設立年月日     | 昭和33年7月7日  |

## 2 事業所名 訪問看護ステーション わかあゆの概要

### (1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

|          |                        |
|----------|------------------------|
| 事業所名     | 訪問看護ステーション わかあゆ        |
| 所在地      | 山口県岩国市麻里布町3丁目5番5号      |
| 介護保険指定番号 | 訪問看護 (山口県 3560890018号) |
| サービス提供地域 | 離島を除く岩国市全域及び和木町        |

### (2) 営業日及び営業時間

|      |                                |
|------|--------------------------------|
| 営業日  | 月曜日から土曜日(祝祭日含む)<br>※日・年始1/1を除く |
| 営業時間 | 8:00 ~ 17:00                   |

### (3) 職員体制

| 職種             | 資格             | 人数配置  |
|----------------|----------------|-------|
| 管理者            | 看護師            | 1名    |
| 看護師            | 看護師            | 3名以上  |
| 理学療法士<br>作業療法士 | 理学療法士<br>作業療法士 | 各1名以上 |

\*訪問看護の一環としてリハビリテーションを中心としたものである場合に看護職員の代わりに理学療法士又は作業療法士が行うことがあります。

### (4) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

## 3 事業の目的、運営方針

### <事業の目的>

要介護状態と認定された利用者様等に対して、看護サービスを提供し、居宅において利用者様が有する能力に応じた、可能な限り自立した生活を確保することができるように支援することを目的とします。

### <運営の方針>

24時間体制で、利用者様の心身の状態に応じた適切なサービスを提供します。事業の実施に当たっては、人員の確保、教育指導に努め、利用者様個々の主体性を尊重し、地域の保健医療、福祉との連携のもと総合的なサービスの提供に努めます。

#### 4 サービス内容

|                 |                                      |
|-----------------|--------------------------------------|
| ① 病状の観察         | 病気や障害の状態、血圧・体温・脈拍などのチェック、異常の早期発見     |
| ② 在宅療養のお世話      | 身体の清拭、洗髪、入浴介助、食事や排泄などの介助・指導          |
| ③ 医師の指示による医療処置  | 点滴・カテーテル管理（胃ろう、尿留置カテーテルなど）、インスリン注射など |
| ④ 医療機器の管理       | 在宅酸素、人工呼吸器などの管理                      |
| ⑤ 床ずれ予防・処置      | 床ずれ防止の工夫や指導、床ずれの手当て                  |
| ⑥ 認知症・精神疾患のケア   | 利用者と家族の相談、対応方法の助言など                  |
| ⑦ 介護予防          | 健康管理、低栄養や運動機能低下を防ぐアドバイスなど            |
| ⑧ ご家族等への介護支援・相談 | 介護方法の助言、病気や介護の不安の相談など                |
| ⑨ 在宅でのリハビリテーション | 拘縮予防や機能の回復、嚥下機能訓練など                  |
| ⑩ ターミナルケア       | がん末期や終末期を自宅で過ごせるよう支援                 |

#### 5 利用料金

(1) 介護保険の利用料金（介護予防の場合）自己負担1割の場合

| 所要時間                 | 基本料金          | 夜間・早朝料金                                   | 深夜料金   |
|----------------------|---------------|---|--------|
| 20分未満                | 314 (303) 円   | 392 円                                     | 471 円  |
| 30分未満                | 471 (451) 円   | 588 円                                     | 706 円  |
| 30分以上<br>1時間未満       | 823 (794) 円   | 1028 円                                    | 1234 円 |
| 1時間以上<br>1時間30分未満    | 1128 (1090) 円 | 1410 円                                    | 1692 円 |
| 理学療法士の場合<br>作業療法士の場合 | 294 (284) 円   | ※1月2回を越えて行った場合1回につき100分の90(100分の50)になります。 |        |

保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

○その他のサービスの加算料金

| 項目                      | 基本料金                                   | 内容   |
|-------------------------|--|--|
| 特別管理加算（1月につき）           | (I) 500 円<br>(II) 250 円                | 特別な管理を要する利用者様に、計画的に月に1回算定する                                |
| 緊急時訪問看護加算（1月につき）        | 600 円                                  | 利用者様の同意を得て24時間体制で計画的な訪問以外に必要時、電話相談、緊急訪問を行うことに対して1ヶ月に1回算定する |
| ターミナルケア加算               | 2500 円                                 | 死亡日及び死亡前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合                            |
| 長時間訪問看護加算<br>（1回につき）    | 300 円                                  | 特別な管理を要する利用者で所要時間1時間以上1時間30分未満後の訪問看護を行った場合                 |
| サービス提供加算強化加算<br>（1回につき） | 6 円                                    | 3年以上の勤続年数の職員体制が30%以上配属されている場合                              |
| 複数名訪問看護加算<br>（1回につき）    | 30分未満 254 (201) 円<br>30分以上 402 (317) 円 | 同時に複数の看護師（看護補助者）が1人の利用者訪問看護を行った場合                          |

|           |                    |  |
|-----------|--------------------|--|
| 初回加算      | (Ⅰ)350円<br>(Ⅱ)300円 | (Ⅰ)退院又は退所日に看護師が初回の指定訪問看護を行った場合<br>(Ⅱ)新たに訪問看護計画書を作成した場合 |
| 退院時共同指導加算 | 600円               | 退院時は退所1回(特別な管理を要する場合は2回)                               |

※ 1ヶ月の利用料金の額は、合計金額の1割～3割となっています。

介護保険負担割合証で確認致します。

(例) 1ヶ月の利用料の目安

〇〇〇単位 × 【サービス利用回数】 × 0.1又は0.2又は0.3 = 【合計金額を記入】

【合計金額を記入】 + 【加算料金】 + 【保険外サービス料金】 = 【合計金額を記入】

## (2) 医療保険の利用料金

### ○訪問看護基本療養費等

|                                   |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
| 訪問看護基本療養費 (Ⅰ)                     | 週3日目まで 1日につき<br>週4日目以降 1日につき   | 5550円<br>6550円   |
| 訪問看護基本療養費 (Ⅱ)                     | (1) 同一日2人週3日目まで 1日につき<br>週4日目以降 1日につき<br>(2) 同一日3人以上週3日目まで 1日につき<br>週4日目以降 1日につき   | 5550円<br>6550円<br>2780円<br>3280円                                     |
| 精神科訪問看護基本療養費 (Ⅰ)                  | 週3日目まで 30分以上<br>週3日目まで 30分未満<br>週4日目以降 30分以上<br>週4日目以降 30分未満   | 5550円<br>4250円<br>6550円<br>5100円                                     |
| 精神科訪問看護基本療養費 (Ⅱ)                  | (1) 同一日2人 週3日目まで 30分以上<br>週3日目まで 30分未満<br>週4日目以降 30分以上<br>週4日目以降 30分未満<br>(2) 同一日3人以上 週3日目まで 30分以上<br>週3日目まで 30分未満<br>週4日目以降 30分以上<br>週4日目以降 30分未満 | 5550円<br>4250円<br>6550円<br>5100円<br>2780円<br>2130円<br>3280円<br>2550円 |
| 訪問看護管理療養費<br>医療観察訪問看護管理料          | 月の初回の訪問日<br>2日目以降 訪問1日につき  | 7670円<br>3000円   |
| 訪問看護基本療養費 (Ⅲ)<br>精神科訪問看護基本療養費 (Ⅳ) | 入院中で在宅療養に備えて一時的に外泊している利用者様に対して訪問看護を行った場合に入院中1回又は2回に限り算定  | 8500円  |
| 訪問看護ベースアップ評価 (Ⅰ)                  | 月1回に限り   | 780円   |

### ○その他のサービスの加算料金

| 項目         | 基本料金             | 内容   |
|------------|------------------|--|
| 難病等複数回訪問加算 | 2回 4500円         | 利用者様の必要に応じて1日に2回又は3回以上訪問看護を提供した場合に算定   |
| 精神科複数回訪問加算 | 3回 8000円         |  |
| 複数名訪問看護加算  | 4500円<br>(3000円) | 同時に複数の看護師による訪問看護が必要な利用者様に対して他の看護師との同行による訪問看護を行った場合に、週1回に限り算定<br>(看護補助者との同行による場合に週3日を限度に算定) |

|                              |  |  |
|------------------------------|--|--|
| 複数名精神科訪問看護加算                 | 1日1回 4500円<br>1日2回 9000円<br>1日3回 14500円<br>(3000円) | 同時に複数の看護師による訪問看護が必要な利用者様に対して他の看護師との同行による訪問看護を行った場合に1日につきいずれかを加算する。<br>(看護補助者との同行による場合に週1日を限度に算定) |
| 緊急訪問看護加算<br>精神科緊急訪問看護加算      | イ.月14日目まで2650円<br>ロ.月15日目以降2000円                   | 利用者様の求めに応じ、その主治医の指示により訪問看護を行った場合に、1日につき加算  |
| 長時間訪問看護加算<br>長時間精神科訪問看護加算    | 5200円  | 長時間の訪問を要する利用者様に対して、1回の訪問看護に90分を超えた場合、週1日を限度に加算   |
| 夜間・早朝訪問看護加算                  | 2100円  | 夜間又は早朝(6～8時、18～22時)に訪問看護を行った場合に加算  |
| 深夜訪問看護加算                     | 4200円  | 深夜(22～6時)に訪問看護を行った場合に加算  |
| 乳幼児加算                        | 1300円<br>(1800円)                                   | 6歳未満の乳幼児に対し、1回につき加算<br>(別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合)  |
| 訪問看護ターミナルケア療養費1<br><br>2     | 25000円<br><br>(10000円)                             | 死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上ターミナルケアを行った場合に加算<br>(特別養護老人ホームで亡くなり、看取り介護加算を算定している場合)                   |
| 24時間対応体制加算<br>医療観察24時間対応体制加算 | 6800円  | 利用者様の同意を得て24時間体制で計画的な訪問以外に電話相談や緊急時訪問を必要時行うことに対して月1回加算  |
| 特別管理加算                       | 5000円<br>2500円                                     | 特別な管理を要する利用者様に、計画的に管理を行うことに対して月1回加算  |
| 退院時共同指導加算                    | 8000円  | 入院中・入所中に施設職員と退院後の在宅療養についての指導を共同で行った場合に1回に限り加算<br>(特別な場合は2回)                                      |
| 特別管理指導加算                     | 2000円  | 特別管理を受ける状態にあり、退院時共同指導を行った場合に加算   |
| 退院支援指導加算                     | 6000円<br>8400円                                     | 退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合に1回に限り加算<br>長時間にわたる療養上必要な指導を行なった場合に加算                                      |
| 在宅患者連携指導加算                   | 3000円  | 利用者様の同意を得て、医療機関と文書等により共有された情報を基に指導等を行った場合に月1回に限り加算   |
| 精神科重症患者支援管理連携加算              | イ 8400円<br>ロ 5800円                                 | 精神科在宅患者支援管理料2を算定している利用者に対して、保険医療機関と連携して訪問看護を行った場合、月1回に限り加算                                       |
| 在宅患者緊急時等カンファレンス加算            | 2000円  | 利用者様の急変や治療方針の変更等で、保険医療機関の医療関係職種間で共同でカンファレンスを行い指導を行った場合に、月2回に限り算定                                 |
| 訪問看護情報提供療養費<br>1・2・3         | 1500円  | 利用者様の同意を得て、1.市町村等 2.義務教育諸学校 3.保険医療機関に対して文章で必要な情報を提供した場合に月1回算定                                    |
| 医療観察訪問看護情報提供料                | 2000円  | ケア会議で関係機関に対して必要な情報提供等を行った場合に算定(ケア会議の都度)  |

☆利用料金の額は、合計金額の1割～3割となっています。

後期高齢者医療被保険者証や国民健康保険被保険者証・健康保険者証等で確認致します。

(3) その他の利用料

|        |             |       |
|--------|-------------|-------|
| エンゼルケア | 死亡後のご遺体のお世話 | 5000円 |
|--------|-------------|-------|

#### (4) キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合は、至急ご連絡ください。なおキャンセル料金は原則頂くことはありません。(連絡先 : 訪問看護ステーションわかあゆ TEL (0827-29-2500))

#### (5) 料金の支払い方法

毎月月末締めとし、翌月に当月分の請求を致しますので、次の方法によりお支払いをお願いいたします。

|  |  |
|--|--|
| ■ 郵便局・銀行等からの自動払い込み                                 | 引落日・・・毎月 15 日 再振替日・・・25 日                    |
| ■ 訪問看護による集金  | 翌月上旬の訪問日                                     |
| ■ 指定口座への振込<br>※振込に関する手数料はお振込みされる方のご負担で<br>お願い致します。 | 山口銀行 錦帯橋支店<br>普通口座番号 75353<br>口座名義人 医療法人 新生会 |

お支払が確認できましたら領収書を発行致します。

## 6 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。訪問看護計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

### (2) サービスの終了

#### ① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

#### ② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

#### ③ 自動終了 (以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了します)

- ・ お客様が介護保険施設に入所または医療機関に入院した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合  
※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ お客様が亡くなられた場合

#### ④ その他

- ・ 当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為(暴力行為、セクハラ行為等)を行った場合は、当社により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
- ・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- ・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・ 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患(感染症)が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

## 7 緊急・事故発生時の対応方法

- ・サービスの提供中に容体の変化(事故発生)等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。
- ・事故発生時の状況把握と安全確保を行うとともに事故の原因を解明し、再発防止策を講じます。
- ・利用者の生命にかかる事態は安全を最優先に行動します。
- ・事故が発生した場合のために損害賠償保険に加入し万全の体制を整えています。

保険加入先：訪問看護事業者 賠償責任保険（三井住友海上火災保険）

※但し、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

## 8 身体拘束

利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、利用者又はその他利用者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合は、記録を記載するなど必要な手続きにより、身体を拘束する場合があります。

## 9 衛生管理

- ・事業所の備品等について衛生的な管理に努めるとともに衛生上必要な措置を講ずるものとします。
- ・事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ・事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ・従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 10 虐待防止

- ・事業者は、ご利用者の人権擁護、虐待防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
- ・虐待防止に関する責任者を選定します。  
責任者：(職名) 管理者 (氏名) 伊木 直美
- ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ・事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- ・研修を通じて職員の人権意識の向上や知識、技術向上に努めます。
- ・虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合は、速やかに関係機関と連携を行います。  
通報場所：地域包括支援センター
- ・職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整え、職員が人権擁護に取り組める環境の整備に努めます。

## 11 業務継続計画の策定等

- ・事業者は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
- ・従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- ・定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 12 苦情処理

利用者又はその家族は、提供されたサービス等に不満がある場合はいつでも苦情を申し立てることが出来ます。当事業所の苦情相談窓口は次の通りです。

氏名 伊木 直美

電話 0827-29-2500 FAX 0827-29-2501

公的機関においても、苦情申し立てができます。

### (1) 公的機関での苦情受付窓口

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 岩国市福祉政策課<br>指導監査室                | 岩国市今津町1丁目14番51号<br>電話番号 0827-29-5072<br>対応時間 午前8時30分～午後5時15分（土・日・祝日を除く） |
| 山口県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 苦情相談専用窓口 | 山口市朝田1980番地の7<br>電話番号 083-995-1010<br>対応時間 午前9時～午後5時（土・日・祝日を除く）         |
| 山口県長寿社会課                         | 山口市滝町1-1<br>電話番号 083-933-2774<br>対応時間 午前8時30分～午後5時15分（土・日・祝日を除く）        |
| 岩国健康福祉センター<br>保健福祉・総務室           | 岩国市三笠町1-1-1<br>電話番号 0827-29-1522<br>対応時間 午前8時30分～午後5時15分（土・日・祝日を除く）     |
| 山口県福祉サービス<br>運営適正化委員会            | 山口市大手町9-6<br>電話番号 083-924-2837<br>対応時間 午前8時30分～午後5時（土・日・祝日を除く）          |
| 和木町役場                            | 和木町和木1丁目1番1号<br>電話番号 0827-52-2196<br>対応時間 午前8時30分～午後5時15分（土・日・祝日を除く）    |

### (2) 高齢者全般の相談受付機関

|  |  |
|--|--|
| 岩国第一地域包括支援センター<br>(川下、愛宕)                    | 岩国市牛野谷町2丁目12-38<br>電話番号 0827-34-1577<br>対応時間 午前8時30分～午後5時15分（土・日・祝日を除く）  |
| 岩国第三地域包括支援センター<br>(灘、通津)                     | 岩国市藤生町1丁目17-26<br>電話番号 0827-34-1313<br>対応時間 午前8時30分～午後5時30分（土・日・祝日を除く）   |
| 岩国第五地域包括支援センター<br>(錦、本郷、美川、美和)               | 岩国市錦町広瀬1067-1<br>電話番号 0827-71-0055<br>対応時間 午前8時30分～午後5時15分（土・日・祝日を除く）    |
| 地域包括支援センター支援第1班<br>(麻里布、東、装港、小瀬、柱島)          | 岩国市室の木町3丁目1-11<br>電話番号 0827-24-3781<br>対応時間 午前8時30分～午後5時15分（土・日・祝日を除く）   |
| 地域包括支援センター支援第2班<br>(岩国、平田、藤河、御庄、師木野、南河内、北河内) | 岩国市室の木町3丁目1-11<br>電話番号 0827-24-3700<br>対応時間 午前8時30分～午後5時15分（土・日・祝日を除く）   |
| 地域包括支援センター支援第3班<br>(由宇)                      | 岩国市由宇町中央1丁目10-11<br>電話番号 0827-63-3113<br>対応時間 午前8時30分～午後5時15分（土・日・祝日を除く） |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 地域包括支援センター支援第4班<br>(周東) | 岩国市周東町下久原 1208-1<br>電話番号 0827-84-3615<br>対応時間 午前8時30分～午後5時15分(土・日・祝日を除く) |
| 地域包括支援センター支援第4班<br>(玖珂) | 岩国市玖珂町 4933-2<br>電話番号 0827-82-0368<br>対応時間 午前8時30分～午後5時15分(土・日・祝日を除く)    |

### 13.個人情報使用に伴う同意書

当事業所では、ご利用者様及びそのご家族様等の個人情報の管理やプライバシーの保護に留意し、慎重に取り扱っております。当事業所での個人情報の使用、管理・保護に関しまして以下の通りとなっております。

#### 1. 使用する目的

- (1) 利用者の訪問看護計画の作成及び適切なサービスを提供するにあたって開催するサービス担当者会議等における情報提供。
- (2) 市町村、地域包括支援センター、サービス事業者、保健医療サービス又は福祉サービスの提供者、介護保険施設に入所、医療機関に入院等との連絡調整において必要となった場合。
- (3) サービス提供に関して主治医又は保険者の意見を求める必要がある場合。
- (4) 事故発生時、利用者の心身の状況に急変が生じた場合、利用者及びその家族からの苦情が発生した場合において必要のある場合。
- (5) サービスの質の向上のための学会や研究会での事例発表等において使用する場合。  
(なお、この場合は、利用者個人を特定できないような配慮をする。)
- (6) 転居等により契約を解除される際に、次にご利用になる指定居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者等への紹介。

#### 2. 使用する事業者の範囲

訪問看護計画に位置づけられた保険給付対象サービス事業者又は保険給付対象外サービス事業者

#### 3.使用する期間

利用契約期間中

#### 4.使用する事業者に対しての厳守事項

- (1) 個人情報の使用は必要最小限とし、使用に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておく。

#### 14. 重要事項説明の確認・署名

指定訪問看護の提供にあたり、以上の書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 令和 年 月 日        |
| 事業所の所在地         | 岩国市麻里布町3丁目5番5号  |
| 代表者氏名           | 理事長 石井 忍        |
| 事業所名            | 訪問看護ステーション わかあゆ |
| 管理者             | 伊木 直美           |
| 説明者氏名           |                 |

私は、以上の書面にに基づき、事業所から重要事項の説明を受け、訪問看護についての提供内容に同意します。

|                 |    |          |
|-----------------|----|----------|
| この重要事項説明書の同意年月日 |    | 令和 年 月 日 |
| 利用者             | 住所 |          |
|                 | 氏名 |          |
| 利用者家族           | 住所 |          |
|                 | 氏名 |          |
|                 | 続柄 |          |
| 代理人             | 住所 |          |
|                 | 氏名 |          |
|                 | 続柄 |          |

利用者家族代表は、下記の緊急連絡先に関して、事業所への提示及び緊急時の使用について同意を得ているものとする。

|       |   |      |       |
|-------|---|------|-------|
| 緊急連絡先 | 1 | 住所   |       |
|       |   | 氏名   | (続柄 ) |
|       |   | 電話番号 |       |
|       | 2 | 住所   |       |
|       |   | 氏名   | (続柄 ) |
|       |   | 電話番号 |       |
|       | 3 | 住所   |       |
|       |   | 氏名   | (続柄 ) |
|       |   | 電話番号 |       |

