

稲沢市民病院訪問看護ステーション あしたば

① 利用申込書 / ②訪問看護加算申込兼同意書 / ③個人情報使用同意書

① 利用申込

稲沢市民病院訪問看護ステーション あしたば を利用したいので申込みます。

<理由>

② 訪問看護加算等申込

以下の訪問看護加算について、利用したいので申し込みます。

【介護保険によるもの】

(1) 緊急時訪問看護加算 (いずれかに○)	利用する ・ 利用しない
(2) ターミナルケア加算 (いずれかに○)	利用する ・ 利用しない
(3) 複数名訪問看護加算 (いずれかに○)	利用する ・ 利用しない
(4) 看護体制強化加算	承諾する

【医療保険によるもの】

(5) 24 時間対応体制加算 (いずれかに○)	利用する ・ 利用しない
(6) 複数名訪問看護加算 (いずれかに○)	利用する ・ 利用しない
(7) ターミナルケア加算 (いずれかに○)	利用する ・ 利用しない
(8) ベースアップ評価料/物価対応料	承諾する
(9) 医療情報連携加算	承諾する

② 個人情報使用同意

稲沢市民病院訪問看護ステーション あしたば では、利用者及びその家族の個人情報について、以下に記載するところにより、必要最小限の範囲内で使用させていただきます。

(1) 使用する目的等

- ・ 事業者が、介護保険等に関する法令に従い、利用者の訪問看護サービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議及びその他主治医、医療機関との連絡調整等において必要な場合
- ・ 学生等の実習又は研修において必要な場合 (事前確認必要)

(2) 使用する条件

- ・ 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることがないよう細心の注意を払うこと。
- ・ 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こと。

上記①～③の内容について説明を受け、事業所及びサービスの利用、個人情報の使用について

同意する ・ 同意しない

※「同意しない」とした場合は、事業所及びサービスの利用を受けることはできません。

利用者	住所			
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名			
TEL	自宅： 携帯：	生年月日	年 月 日	
署名代理人	氏名		続柄	

◎個人情報の使用同意は利用者、ご家族双方の同意が必要です下記への記載をお願いします

利用者の家族	住所	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ		
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名			
	利用者との続柄		生年月日	年 月 日
TEL	自宅： 携帯：		<input type="checkbox"/> 利用者と同じ	

左記②(1) 緊急時訪問看護加算、②(5)24 時間対応体制加算について、「利用する」に○を付けた場合は、以下も記入してください。

【ご家族の緊急連絡先】

	氏 名	電話番号	利用者との続柄	連絡可能な時間 (自宅・勤務先など)
1				
2				
3				