

同意書

にじいろ看護サポート

本同意書は、サービスご利用にあたり必要な事項について確認・同意をいただくものです。

サービス利用者情報

サービス利用者氏名			
契約者氏名・続柄	氏名：	続柄：	

同意事項 1 代替スタッフによる対応について

代表者が対応できない場合、看護師または介護福祉士の有資格者が代替対応する場合があることに同意します。代替スタッフが対応する場合は事前に氏名・資格をご連絡いたします。

※ 代替手配ができない場合はサービスをキャンセルし、全額返金いたします。

同意事項 2 個人情報の取り扱いについて

- ・ 取得した個人情報は、サービス提供の目的にのみ使用し、第三者への提供はいたしません。
- ・ ただし、緊急時や医療機関との連携において必要な場合はこの限りではありません。
- ・ 個人情報は契約解除後1年間保管し、その後速やかに廃棄いたします。

同意事項 3 代理人指定について

サービス利用中において、にじいろ看護サポート代表者を代理人として指定し、以下の内容に同意します。

【代理人が対応できること】

- ・ 医療機関への状況説明・情報収集・受診内容の確認
- ・ インフォームドコンセント（治療説明）への同席
- ・ 救急搬送時の付き添いおよび医療機関への状況説明

【代理人が対応できないこと】

【重要】生命維持に必要な医療判断・治療方針の決定・手術同意等是对应できません。該当する場面では緊急連絡先へご連絡し、ご本人・ご家族の判断を仰ぎます。

※ 緊急連絡先へのご連絡が取れない場合は、医療機関の判断を優先させていただきます。

同意確認欄

上記の同意事項を確認・理解した上で、すべての内容に同意いたします。

サービス利用者	氏名	_____ ㊞	（代筆者続柄： _____）
※本人が署名できない場合は契約者が代筆し、続柄を記入してください。			
契約者	氏名	_____ ㊞	（続柄： _____）
	同意日：	_____ 年 _____ 月 _____ 日	
事業者（代理人）	にじいろ看護サポート 代表者氏名	_____ ㊞	

制定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 にじいろ看護サポート