

西尾市民病院訪問看護ステーション利用申込書

令和 年 月 日

(宛先) 西尾市長

申込人 住所
氏名
電話
利用者との続柄

西尾市民病院訪問看護ステーションの利用申込みをします。

1. 利用者

住 所	〒 □申込人と同じ		
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名			
T E L	自宅： 携帯：	生年月日	T・S・H 年 月 日

【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				

2. 利用料の支払い方法 (いずれかに☑)

- ☐ 口座振替(推奨)
- ☐ 利用料請求書(振込) ※振込手数料は、利用者負担となります。

3. 個人情報利用同意

西尾市民病院訪問看護ステーションでは、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利用させていただきます。

(1) 利用する目的等

- ・事業者が、医療保険・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) 利用する条件

- ・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。
- ・個人情報を利用した会議、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、個人情報の利用について

- ☐ 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。