意向確認書　（　病　院　用　）

参考様式

秋田県精神障害者の退院後支援計画の作成・それに基づく支援について

　秋田県では，入院された精神障害者のうち，保健所が中心となって退院後の医療等の支援を行う必要があると認められる方について，各保健所が退院後の支援計画を立てて支援を実施することとしています。当病院はこの取り組みに協力することとし，保健所の求めに応じて支援計画に必要な情報を保健所と共有することとしています。

ただし，退院後支援計画の作成について知り得た情報を支援者以外の人に話してはいけない義務があります。個人情報については，プライバシーの保護に十分配慮し，この事業の目的以外に使用されることはありませんので，ご安心ください。

説明者所属　　　　　　　　　　　　　　病院

説明者氏名

私は，上記の説明を受け，退院後支援を理解した上で，次のことに

同意します　　　・　　　同意しません

（同意の内容）

１　今回計画を作成する　　　　　　保健所に対して必要な情報を提供すること。

２　支援計画に協力して退院後支援を実施すること。

３　計画の作成・実施に必要な本人の情報及び作成された計画を支援関係者間で共有すること。

病院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名(署名)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

親権者・後見人等氏名(署名)

続柄　（　　　　　）

対象者が

未成年・被後見人等の場合

住所

電話