（本人用）

様式1

退院後支援に係る意思の確認書（同意書）

私は、裏面記載の《大事な事項》について説明を受け、了承の上、

１　退院後支援計画を作成すること

２　退院後支援計画に基づく支援を受けること

３　１と２に必要な個人情報を支援関係者（保健所、医療機関、福祉

サービス事業者、市町村など）が共有すること

　について

　　　　□　同意します

　　　　　　　　　　□　同意しません

秋田県○○保健所長　あて

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　氏名（署名）

|  |
| --- |
|  |

（自筆できない場合）

記入者（署名）

　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係

　　　　　　　　　　　　　　　代理記名の理由

※個人情報は、秋田県個人情報保護条例に基づき、適切に管理します。

※退院後支援計画に関する資料の保存期間は、支援終了後５年間です。

《 大 事 な 説 明 事 項 》

１　退院後支援を受けるためには、同意書の提出が必要です。

２　会議を開いて退院後支援計画書を作成します。

３　会議には、ご本人のほか、次の方が参加できます。

・ご家族（ご家族の参加を望まないときはお知らせください）、その他

の支援者（代理人、友人など希望する方をお知らせください）

・このほか、保健所、病院、障害福祉サービス事業者、市町村など支援

者も参加します。

４　会議の参加者は、ご本人の個人情報を漏らさないことを約束します。

５　次のような場合は下記「問い合わせ先」へご連絡ください。

　　・同意を撤回したい場合

　　・退院後支援計画の見直しや支援期間の延長を希望する場合

　　・退院後支援計画の支援期間中に転居する場合

　　・その他相談したいことがある場合

問い合わせ先

　　○○保健所　　○○課　　○○班

　　電話番号　○○○－○○○－○○○○