

介護老人保健施設みの荘通所リハビリテーション重要事項説明書
(令和6年4月1日現在)

<別紙1>

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人三野福祉会
- (2) 法人所在地 香川県三豊市三野町大見乙91番地8
- (3) 電話番号 0875-72-1200
- (4) 代表者氏名 理事長 香川 秋訓
- (5) 設立年月日 平成4年7月1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の名称 介護老人保健施設みの荘
香川県 3751780028 号
- (2) 所在地 香川県三豊市三野町大見乙91番地8
- (3) 電話番号 0875-72-1200
- (4) 管理者 施設長 池田 博行
- (5) 事業所の目的 通所リハビリテーション事業は、要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとします。
- (6) 開設年月日 平成5年4月1日
- (7) 利用定数 35名(介護予防事業含む)

3. 営業日および営業時間

- (1) 営業日 月曜日～土曜日
但し、12月31日～1月3日を除く。
なお、通常の営業日以外の日において、営業する必要が生じた場合は、少なくとも営業しようとする日の1月前までに周知し、営業することとします。
- (2) 営業時間 7時間以上8時間未満
電話等により24時間常時連絡が可能な体制です。

4. 職員の体制状況

当事業所では、利用者に対して通所リハビリテーションを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

- ① 医師 1名(常勤施設医師兼務)
- ② 介護職員 2名以上
- ③ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 2名以上
- ④ 事務職員 1名以上

5. サービスの概要と利用料金

(1) サービスの概要

当事業所は、利用者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当事業所をご利用いただき、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる従事者の協議によって、通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・代理人の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

- ① 通所リハビリテーション計画の立案
- ② 昼食 12時00分～13時00分
- ③ 入浴(一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。)
- ④ 医学的管理
- ⑤ 介護
- ⑥ 機能訓練(リハビリテーション・レクリエーション・グループ訓練)
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ その他

※これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的に

ご相談ください。

(2) 利用料金

介護報酬改定に伴う利用料金が設定されています。
別紙3をご確認下さい。

(3) 支払い方法

- ・毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の27日までにお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、金融機関口座自動引き落としとなります。自動引き落としできなかった場合は、事務所まで現金で持参していただくようになります。

6. ハラスメント対策

当事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動または優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものによる従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

ハラスメントに対する相談窓口を設置しています。

7. 高齢者虐待防止

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生またはその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な処置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定します。
虐待防止に関する責任者：高齢者虐待防止委員会委員長
虐待防止に関する担当者：主任理学療法士 曾根一樹
- ② 職員間の注意喚起を徹底します。
- ③ 日頃の些細なことに気付いて報告し、職員間で共有します。
- ④ トラブルやミス（ニアミス）を、統括主任・主任・副主任に報告・相談するように周知します。
- ⑤ 職員への勉強会・研修会を実施します。
- ⑥ サービス向上委員会で課題把握（集計・分析）し、運営改善に取り組みます。
必要時、全職員へチェックリストを実施します。
職員のメンタルヘルスに関する組織的な取り組みを行います。
- ⑦ 指針およびマニュアルの定期的な見直しと周知を行います。

8. 守秘義務および個人情報の保護

当事業所と従業者は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者または代理人若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙2のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業所間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所等との連絡
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ⑤ 生命・身体または財産の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合）

9. 記録

当事業所は、利用者へのサービス提供に関する記録を作成し、その完結日から5年間保管することとします。

10. 第三者評価の実施状況（有・無）

〈実施年月日〉 _____

〈実施機関〉 _____

〈実施評価〉 _____

11. 苦情の受付について

(1) 当事業所における受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

- ・苦情受付窓口（担当者） [職名] 主任理学療法士 曾根一樹
- ・電話番号 080-3165-5835
- ・受付時間 月曜日～土曜日 8:30～17:30

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

(2) 社会福祉法人三野福祉会サービス苦情解決第三者委員会

- ・三野町大見 建林 伊都子 (TEL 0875-72-3446)
- ・三野町下高瀬 市村 照美 (TEL 0875-73-5844)
- ・三野町吉津 細川 芳樹 (TEL 0875-73-4334)

(3) 行政機関その他苦情受付機関

三豊市役所 健康福祉部 介護保険課 介護保険係担当	所在地 香川県三豊市高瀬町下勝間 2373 番地 1 電話番号・FAX 0875-73-3017・0875-73-3023 受付時間 平日 8:30～17:15
国民健康保険団体連合会	所在地 香川県高松市福岡町 2 丁目 3 番 2 号 電話番号・FAX 087-822-7431・087-822-6023 受付時間 平日 9:00～17:00
香川県運営適正化委員会	所在地 香川県高松市番町 1 丁目 10 番 35 号 電話番号・FAX 087-861-1300 受付時間 平日 9:00～17:00
香川県長寿社会対策課 在宅サービス担当	所在地 香川県高松市番町 4 丁目 1 番 10 号 電話番号・FAX 087-832-3269・087-806-0206 受付時間 平日 8:00～17:15

12. 事故発生時の対応

当事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

当事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

13. 緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

個人情報の利用目的

介護老人保健施設みの荘通所リハビリテーションでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔通所リハビリ事業所内部での利用〕

- ・当事業所が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当事業所の管理運営業務のうち
 - －利用開始、中止等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用〕

- ・当事業所が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当事業所の内部での利用に係る利用〕

- ・当事業所の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用〕

- ・当事業所の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

介護老人保健施設みの荘通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設みの荘通所リハビリテーションを利用するにあたり、利用契約書及び別紙1、別紙2、別紙3、別紙4を受領し、これらの内容に関して、下記の職員による説明を受け、十分に理解した上で同意します。また、サービス担当者会議において個人情報を用いることにも同意します。

年 月 日

<説明者> 氏 名 _____

<利用者> 氏 名 _____

<代理人> 続 柄 _____

氏 名 _____

介護老人保健施設みの荘
 社会福祉法人三野福社会
 理事長 香川 秋訓 殿

【本契約第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

【本契約第9条2項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

家 族

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

主治医

医療機関名			
主治医氏名		電話番号	

【別紙4】 どちらかに☑を付けて下さい。

- 医行為について
 - 同意する 同意しない 該当しない
 - 皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）
 - 点眼薬の点眼
 - 一包化された内服薬の内服
 - 肛門からの座薬挿入
 - 鼻腔粘膜への薬剤噴霧

- 肖像権使用について 同意する 同意しない

- 抗原検査について 同意する 同意しない

介護老人保健施設みの荘通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設みの荘通所リハビリテーションを利用するにあたり、利用契約書及び別紙1、別紙2、別紙3、別紙4を受領し、これらの内容に関して、下記の職員による説明を受け、十分に理解した上で同意します。また、サービス担当者会議において個人情報を用いることにも同意します。

年 月 日

<説明者> 氏 名 _____

<利用者> 氏 名 _____

<代理人> 続 柄 _____

氏 名 _____

介護老人保健施設みの荘
 社会福祉法人三野福祉会
 理事長 香川 秋訓 殿

以下の①、②に変更がなければ、「変更なし」に✓をつけて下さい。変更がない場合は① ②は記入不要です。

変更なし

①【本契約第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

②【本契約第9条2項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

家 族

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

主治医

医療機関名			
主治医氏名		電話番号	

【別紙4】 どちらかに☑を付けて下さい。

- 医行為について
 - 同意する
 - 同意しない
 - 該当しない
 - 皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）
 - 点眼薬の点眼
 - 一包化された内服薬の内服
 - 肛門からの座薬挿入
 - 鼻腔粘膜への薬剤噴霧

- 肖像権使用について
 - 同意する
 - 同意しない

- 抗原検査について
 - 同意する
 - 同意しない

1. 介護職員が医師の指示のもとに行う医療行為

- ① 入所者・利用者の状態が安定している
- ② 副作用の危険性や投薬量の調整の必要がない
- ③ 内服薬については誤嚥の可能性がなく、一包化されている
座薬については肛門からの出血の可能性がない
- ④ 薬品の内容と使用方法について専門的配慮がいらぬ
①から④の条件を満たしていることの説明を受けました

内 容	ア 軟膏を皮膚に塗布する
	イ 点眼薬を点眼する
	ウ 肛門から座薬を挿入する
	エ 指示された薬剤の内服介助をする
	オ 吸入（鼻腔・口腔への薬剤噴霧）の介助をする
	カ 湿布薬を貼付する

2. 肖像権使用

社会福祉法人三野福祉会が実施する事業紹介や、当法人の取り組み等を紹介する用途に限り、三野福祉会で撮影しましたご利用者様の写真・映像を使用させていただく場合がございます。ご理解・ご協力をお願いいたします。

3. 新型コロナウイルス抗原検査実施

サービスを利用するにあたり、場合によっては新型コロナウイルス抗原検査を実施することがあります。また、自己負担が発生する場合があります。

介護老人保健施設みの荘介護予防通所リハビリテーション重要事項説明書
(令和6年4月1日現在)

<別紙1>

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人三野福祉会
- (2) 法人所在地 香川県三豊市三野町大見乙 91 番地 8
- (3) 電話番号 0875-72-1200
- (4) 代表者氏名 理事長 香川 秋訓
- (5) 設立年月日 平成4年7月1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の名称 介護老人保健施設みの荘
香川県 3751780028 号
- (2) 所在地 香川県三豊市三野町大見乙 91 番地 8
- (2) 電話番号 0875-72-1200
- (4) 管理者 施設長 池田 博行
- (5) 事業所の目的 介護予防通所リハビリテーション事業は、要支援状態となった場合においても、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとします。
- (6) 開設年月日 平成5年4月1日
- (7) 利用定数 35 名（介護事業含む）

3 営業日および営業時間

- (1) 営業日 月曜日～土曜日
但し、12月31日～1月3日を除く。
なお、通常の営業日以外の日において、営業する必要がある場合は、少なくとも営業しようとする日の1月前までに周知し、営業することとします。
- (2) 営業時間 7時間以上8時間未満
電話等により24時間常時連絡が可能な体制です。

4. 職員の体制状況

当事業所では、利用者に対して介護予防通所リハビリテーションを提供する職員として下記の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

- ① 医師 1名（常勤施設医師兼務）
- ② 介護職員 2名以上
- ③ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 2名以上
- ④ 事務職員 1名以上

5. サービスの概要と利用料金

(1) サービスの概要

当事業所は、利用者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当事業所をご利用いただき、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる従事者の協議によって、介護予防通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者・代理人の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

- ① 介護予防通所リハビリテーション計画の立案
- ② 昼食 12時00分～13時00分
- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。）
- ④ 医学的管理
- ⑤ 介護
- ⑥ 機能訓練（リハビリテーション・レクリエーション・グループ訓練）
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ その他

※これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

(2) 利用料金

介護報酬改定に伴う利用料金が設定されています。

別紙3をご確認下さい。

(3) 支払い方法

- ・毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の27日までにお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、金融機関口座自動引き落としとなります。自動引き落としできなかった場合は、事務所まで現金で持参していただくようになります。

6. ハラスメント対策

当事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動または優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものによる従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

ハラスメントに対する相談窓口を設置しています。

7. 高齢者虐待防止

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生またはその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な処置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定します。
虐待防止に関する責任者：高齢者虐待委員会委員長
虐待防止に関する担当者：主任理学療法士 曾根一樹
- ② 職員間の注意喚起を徹底します。
- ③ 日頃の些細なことに気付いて報告し、職員間で共有します。
- ④ トラブルやミス（ニアミス）を、統括主任・主任・副主任に報告・相談するように周知します。
- ⑤ 職員への勉強会・研修会を実施します。
- ⑥ サービス向上委員会で課題把握（集計・分析）し、運営改善に取り組みます。
必要時、全職員へチェックリストを実施します。
職員のメンタルヘルスに関する組織的な取り組みを行います。
- ⑦ 指針およびマニュアルの定期的な見直しと周知を行います。

8. 守秘義務および個人情報の保護

当事業所と従業者は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者または代理人若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙2のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業所間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所等との連絡
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ⑤ 生命・身体または財産の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合）

9. 記録について

当事業所は、利用者へのサービス提供に関する記録を作成し、その完結日から5年間保管することとします。

10. 第三者評価の実施状況 （有・無）

〈実施年月日〉 _____

〈実施機関〉 _____

〈実施評価〉 _____

11. 苦情の受付について

(1) 当事業所における受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

- ・苦情受付窓口（担当者） [職名] 主任理学療法士 曾根一樹
- ・電話番号 080-3165-5835
- ・受付時間 月曜日～土曜日 8:30～17:30

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

(2) 社会福祉法人三野福祉会サービス苦情解決第三者委員会

- ・三野町大見 建林 伊都子 (TEL 0875-72-3446)
- ・三野町下高瀬 市村 照美 (TEL 0875-73-5844)
- ・三野町吉津 細川 芳樹 (TEL 0875-73-4334)

(3) 行政機関

三豊市役所 健康福祉部 介護保険課 介護保険係担当	所在地 香川県三豊市高瀬町下勝間 2373 番地 1 電話番号・FAX 0875-73-3017・0875-73-3023 受付時間 平日 8:30～17:15
国民健康保険団体連合会	所在地 香川県高松市福岡町 2 丁目 3 番 2 号 電話番号・FAX 087-822-7431・087-822-6023 受付時間 平日 9:00～17:00
香川県運営適正化委員会	所在地 香川県高松市番町 1 丁目 10 番 35 号 電話番号・FAX 087-861-1300 受付時間 平日 9:00～17:00
香川県長寿社会対策課 在宅サービス担当	所在地 香川県高松市番町 4 丁目 1 番 10 号 電話番号・FAX 087-832-3269・087-806-0206 受付時間 平日 8:00～17:15

12. 事故発生時の対応

当事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

当事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

13. 緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

個人情報の利用目的

介護老人保健施設みの荘介護予防通所リハビリテーションでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔通所リハビリ事業所内部での利用〕

- ・当事業所が利用者に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当事業所の管理運営業務のうち
 - －利用開始、中止等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用〕

- ・当事業所が利用者に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や地域包括支援センター等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当事業所の内部での利用に係る利用〕

- ・当事業所の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用〕

- ・当事業所の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

介護老人保健施設みの荘介護予防通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設みの荘介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、利用契約書及び別紙1、別紙2、別紙3、別紙4を受領し、これらの内容に関して、下記の職員による説明を受け、十分に理解した上で同意します。また、サービス担当者会議において個人情報を用いることにも同意します。

年 月 日

<説明者> 氏 名 _____

<利用者> 氏 名 _____

<代理人> 続 柄 _____

氏 名 _____

介護老人保健施設みの荘
社会福祉法人三野福社会
理事長 香川 秋訓 殿

【本契約第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

【本契約第9条2項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

家 族

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

主治医

医療機関名			
主治医氏名		電話番号	

【別紙4】 どちらかに☑を付けて下さい。

- 医療行為について
 - 同意する
 - 同意しない
 - 皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）
 - 点眼薬の点眼
 - 一包化された内服薬の内服
 - 肛門からの座薬挿入
 - 鼻腔粘膜への薬剤噴霧

- 肖像権使用について
 - 同意する
 - 同意しない

- 抗原検査について
 - 同意する
 - 同意しない

介護老人保健施設みの荘介護予防通所リハビリテーション利用同意書

介護老人保健施設みの荘介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、利用契約書及び別紙1、別紙2、別紙3、別紙4を受領し、これらの内容に関して、下記の職員による説明を受け、十分に理解した上で同意します。また、サービス担当者会議において個人情報を用いることにも同意します。

年 月 日

<説明者> 氏 名 _____

<利用者> 氏 名 _____

<代理人> 続 柄 _____

氏 名 _____

介護老人保健施設みの荘
社会福祉法人三野福社会
理事長 香川 秋訓 殿

以下の①、②に変更がなければ、「変更なし」に✓をつけて下さい。変更がない場合は① ②は記入不要です。

変更なし

①【本契約第5条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

②【本契約第9条2項緊急時及び第10条3項事故発生時の連絡先】

家 族

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

主治医

医療機関名			
主治医氏名		電話番号	

【別紙4】 どちらかに☑を付けて下さい。

- 医療行為について
 - 同意する 同意しない
 - 皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）
 - 点眼薬の点眼
 - 一包化された内服薬の内服
 - 肛門からの座薬挿入
 - 鼻腔粘膜への薬剤噴霧

- 肖像権使用について
 - 同意する 同意しない

- 抗原検査について
 - 同意する 同意しない