様式２

退院後支援計画の作成及び退院後支援を受けることに関する同意書

あなたの退院後の生活をサポートするため、あなたや支援関係者と一緒に、入院中より退院後の計画を作成します。退院後は、入院中に作成した計画に基づいて、支援関係者が協力して退院後支援を実施します。また、計画の作成や支援に必要な情報及び作成した計画を支援関係者で共有し、あなたをサポートします。

退院後支援計画の作成及び退院後支援を受けることについて、同意します。

○○保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊本人が１８歳未満の場合（本人の意志を確認した保護者）

　（保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　＊本人が自署できず代筆した場合（本人の意志を確認した家族・支援者等）

　（記入者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　）

＊なお、同意をした後であっても、計画の作成及び支援を受けることを希望しない場合は、途中で同意を撤回することができます。

＊支援期間中に移転した場合は、移転先保健所にこの計画を情報提供します。なお、県内に移転した場

合は、同意先を移転先保健所長あてに読みかえるものとします。

＊個人情報につきましては、山口県個人情報保護条例に基づいて管理し、目的外に使用することはありま

せん。ただし、緊急に対処しなければいけない場合にのみ、病院などの関係機関に情報提供することがありま

すので、ご了承ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（お問い合わせ先）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○保健所　　○○課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　TEL　　　○○○○