

同意書

(24 時間対応体制加算・特別管理加算 I・II)

□私は貴訪問看護ステーションの 24 時間連絡対応により、緊急時の場合等の電話による相談又は訪問看護を利用するため、24 時間対応体制加算を算定することに同意します。

□私は病気の状態から、（ ）の管理・相談が必要なため、特別管理加算を算定することに同意します。

令和 年 月 日

訪問看護ステーション 管理者 殿

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ 印

同意者住所・氏名

住所 _____

氏名 _____ 印

利用者との続柄 _____

※利用者自らが同意する場合は記入不要