

**医療法人守田会 オリオノ病院**  
**介護予防訪問リハビリテーション**  
**重要事項説明書**

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定介護予防訪問リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「大阪市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成 25 年大阪市条例 31 号）」の規定に基づき、指定介護予防訪問リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

**1 指定介護予防訪問リハビリテーションサービスを提供する事業者について**

|                       |                                                               |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------|
| 事業者名称                 | 医療法人守田会                                                       |
| 代表者氏名                 | 理事長 守田 直規                                                     |
| 本社所在地<br>(連絡先及び電話番号等) | 大阪市住吉区遠里小野 1 丁目 2 番 21 号<br>TEL 06-6695-1811 FAX 06-6695-1101 |
| 法人設立年月日               | 昭和 52 年 1 月 21 日                                              |

**2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について**

(1) 事業所の所在地等

|                    |                                            |
|--------------------|--------------------------------------------|
| 事業所名称              | オリオノ病院                                     |
| 介護保険指定<br>事業所番号    | 2712005764                                 |
| 事業所所在地             | 大阪市住吉区遠里小野 1 丁目 1 番 15 号                   |
| 連絡先<br>相談担当者名      | TEL 06-6694-1181 FAX 06-6694-1184<br>浅川 信二 |
| 事業所の通常の<br>事業の実施地域 | 大阪市住吉区、住之江区、東住吉区、堺市堺区                      |

## (2) 事業の目的及び運営の方針

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 医療法人守田会が設置するオリオノ病院（以下「事業所」という。）において実施する指定介護予防訪問リハビリテーション事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、要支援状態の利用者に対し、適切な指定介護予防訪問リハビリテーションを提供することを目的とする。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 運営の方針 | <p>1 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供にあたって、要支援状態の利用者に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、さらに利用者の社会的孤独感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的不安の軽減を図るために、利用者の居宅において、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心身の維持回復を図る。</p> <p>2 利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。</p> <p>3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>4 事業の実施にあたっては利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。</p> <p>5 前4項のほか、「大阪市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」（平成25年3月4日大阪市条例第31号）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。</p> |

## (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|      |            |
|------|------------|
| 営業日  | 月曜日～金曜日    |
| 営業時間 | 8:30～17:00 |

## (4) サービス提供可能な日と時間帯

|          |            |
|----------|------------|
| サービス提供日  | 月曜日～金曜日    |
| サービス提供時間 | 8:30～17:00 |

## (5) 事業所の職員体制

|     |       |
|-----|-------|
| 管理者 | 中谷 清樹 |
|-----|-------|

| 職                 | 職 務 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 人 員 数                           |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 医 師               | 介護予防訪問リハビリテーションを実施するにあたり、リハビリテーション計画の作成に係る診療を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 名                             |
| 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | 1 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。<br>2 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が多職種協同により、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って指定介護予防訪問リハビリテーション計画を作成します。計画作成に当たっては、利用者、家族に説明し、利用者の同意を得ます。作成した計画は、利用者に交付します。<br>3 介護予防訪問リハビリテーション計画に基づき、指定介護予防訪問リハビリテーションのサービスを提供します。<br>4 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。<br>5 それぞれの利用者について、指定介護予防訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。<br>6 リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、適切なサービスを提供します。 | 理学療法士 2 名<br>作業療法士 名<br>言語聴覚士 名 |

### 3 提供するサービスの内容及び費用について

#### (1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類             | サ ー ビ ス の 内 容                                                                                                                 |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 指定介護予防訪問<br>リハビリテーション | 利用者が可能な限り居宅において、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、利用者の居宅において、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り、生活機能の維持、向上をめざします。 |

#### (2) 介護予防訪問リハビリテーションの禁止行為

指定介護予防訪問リハビリテーション事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ 利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

#### (3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険（1割負担）を適用する場合）について



| 区分                                  |                                              | 利用料              | 利用者負担額         |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|------------------|----------------|
| 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による介護予防訪問リハビリテーション | 基本報酬<br>(1回20分以上のサービス、1週に6回が限度)<br>(単位数：298) | 1回<br><br>3,242円 | 1回<br><br>325円 |

| 加 算                            |                              | 利用料         | 利用者負担額 | 算定回数等 |
|--------------------------------|------------------------------|-------------|--------|-------|
| 短期集中リハビリテーション実施加算<br>(単位数：200) | 退院(所)日又は新たに要支援認定の効力発生日から3月以内 | 2,176円      | 218円   | 1日当たり |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)<br>(単位数：6)     |                              | 65円         | 7円     | 1回当たり |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算         |                              | 所定単位数の5/100 | 左記の1割  | 1回当たり |

- ※ ①当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者(②に該当する場合を除く)又は当事業所における一月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者に対し、介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は上記金額の90/100となります。
- ②当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の建物に居住する利用者に対し、介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は上記金額の85/100となります。
- ※ 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師による診療を行わずに利用者に対して指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合、1回につき、利用料が544円(利用者負担54円)減額となります。(別の医療機関の医師が適切な研修の終了等をしていること等厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限る。)
- ※ 短期集中リハビリテーション加算は利用者に対して、退院・退所又は認定日から3月以内の期間に集中的(週に2回以上、1回当たり20分以上)に介護予防訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。
- ※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定介護予防訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。
- ※ 主治の医師(介護老人保健施設の医師を除く)から、急性増悪等により一時的に頻回の介護予防訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を受けた場合は、その指示の日から14日間に限って、介護保険による介護予防訪問リハビリテーション費は算定せず、

別途医療保険による提供となります。

※ 地域区分別の単価（２級地）を含んでいます。

※ 利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合、上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に、利用者負担額を除いた居宅介護サービス費の支給申請を行ってください。

◎ １単位を 10.88 円として計算しています。

#### 4 その他の費用について

|          |                                                   |                            |
|----------|---------------------------------------------------|----------------------------|
| ① 交通費    | 指定介護予防訪問リハビリテーションに要した交通費を請求することがあります。             |                            |
| ② キャンセル料 | サービスの利用をキャンセルされる場合、ご連絡をいただく時間により以下のキャンセル料を申し受けます。 |                            |
|          | 利用予定前日 16 時までに<br>ご連絡の場合                          | キャンセル料は不要です                |
|          | 前日 16 時までに<br>ご連絡がない場合                            | １提供当りの料金の<br>50%を請求いたします。  |
|          | 当日のキャンセルの場合                                       | １提供当りの料金の<br>100%を請求いたします。 |

※利用予定日前日が、日曜日・祝日・年始（以下 事業所休業日）の場合は、事業所休業日前日の営業日、16 時までにご連絡ください。  
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。

#### 5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

|                                        |                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等  | 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。                                                                                           |
| ②利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等 | <p>ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の 15 日までに、現金支払いによりお支払い下さい。</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）</p> |

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い



分をお支払いいただくことがあります。

## 6 担当する職員の変更をご希望される場合の相談窓口について

|                                                  |   |          |                  |
|--------------------------------------------------|---|----------|------------------|
| 利用者のご事情により、担当する職員の変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。 | ア | 相談担当者氏名  | 浅川 信二            |
|                                                  | イ | 連絡先電話番号  | 06-6694-1181     |
|                                                  |   | 同ファックス番号 | 06-6694-1184     |
|                                                  | ウ | 受付日・受付時間 | 月～金曜日 8:30～17:00 |

※ 担当する職員の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

## 7 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- (2) 利用者が要支援認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、介護予防支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。
- (4) サービス提供を行う職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業所が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

## 8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

|             |            |
|-------------|------------|
| 虐待防止に関する責任者 | 事務課長 小出 真一 |
|-------------|------------|

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

## 9 秘密の保持と個人情報の保護について

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨に従業者との雇用契約の内容とします。</p>                                   |
| 個人情報の保護について            | <p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。</p> <p>② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p> |

## 10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定介護予防訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市区町村、利用者の家族、利用者に係る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、利用者に対する指定介護予防訪問リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：損害保険ジャパン株式会社  
 保険名：医師賠償責任保険

## 11 身分証携行義務

指定介護予防訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

## 12 心身の状況の把握

指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保険医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

### 13 介護予防支援事業者等との連携

介護予防訪問リハビリテーション計画は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

### 14 サービス提供の記録

- ① サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録は、サービスを提供した日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

### 15 衛生管理等

- ① サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

### 16 指定介護予防訪問リハビリテーションサービス内容の見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅を訪問し、あなたの心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて、あなたの療養生活の質の向上を図るために作成したものです。

- (1) 提供予定の指定介護予防訪問リハビリテーションの内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

| 曜日            | サービス提供時間帯・サービス内容 | 利用料 | ご利用者様負担額 |
|---------------|------------------|-----|----------|
| 月             |                  |     |          |
| 火             |                  |     |          |
| 水             |                  |     |          |
| 木             |                  |     |          |
| 金             |                  |     |          |
| 土             |                  |     |          |
| 日             |                  |     |          |
| 一週間当りの利用料等合計額 |                  |     |          |

- (2) その他の費用



|         |                      |
|---------|----------------------|
| ①交通費の有無 | 無                    |
| ②キャンセル料 | 重要事項説明書 4-②記載のとおりです。 |

- (3) 1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

|          |  |
|----------|--|
| お支払い額の目安 |  |
|----------|--|

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

## 17 サービス提供に関する相談、苦情について

### (1) 苦情処理の体制及び手順

- ア 提供した指定介護予防訪問リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）
- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
- ・ 苦情又は相談があった際には、状況を詳細かつ正確に把握するため、場合によっては訪問を実施するなど、慎重に聞き取りや事情確認を行う。
  - ・ 特に当事業所に関する苦情である場合には、利用者側の立場に立って事実関係の特定を行う。
  - ・ 相談担当者は速やかに、管理者やその他の従業員と共同して、利用者の意見・主張を最大限に尊重した上で適切な対応方法を検討する。
  - ・ 関係者への連絡調整を迅速かつ確実に行うとともに、必ず、利用者へ対応内容等の結果報告を行う。（時間を要する場合は一旦その旨を利用者へ伝え、進捗状況を適宜報告するなど、きめ細やかな対応を行う。）

### (2) 苦情申立の窓口

|                                            |                                                                                           |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【事業者の窓口】<br>オリオノ病院                         | 所在地 大阪市住吉区遠里小野1丁目1番15号<br>電話番号 06-6694-1181 ファックス番号 06-6694-1184<br>受付時間 月～金曜日 8:30～17:00 |
| 【区役所（保険者）の窓口】<br>大阪市住吉区保健福祉課               | 所在地 大阪市住吉区南住吉3丁目15番55号<br>電話番号 06-6694-9859 ファックス番号 06-6694-9692<br>受付時間 9:00～17:00       |
| 【区役所（保険者）の窓口】<br>大阪市住之江区保健福祉課              | 所在地 大阪市住之江区御崎3丁目1番17号<br>電話番号 06-6682-9859 ファックス番号 06-6686-2040<br>受付時間 9:00～17:00        |
| 【区役所（保険者）の窓口】<br>大阪市東住吉区保健福祉課              | 所在地 大阪市東住吉区東田辺1丁目13番4号<br>電話番号 06-4399-9859 ファックス番号 06-6629-4580<br>受付時間 9:00～17:00       |
| 【市役所の窓口】<br>大阪市福祉局高齢者施策部介護保険課<br>指定・指導グループ | 所在地 大阪市中央区船場中央3丁目1番7-331<br>電話番号 06-6241-6310 ファックス番号 06-6241-6608<br>受付時間 9:00～17:30     |

|                                     |                                                                                                        |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【区役所（保険者）の窓口】<br>堺市堺区地域福祉課<br>介護保険係 | 所在地 堺市堺区南瓦町 3 番 1 号 堺市役所本館 2 階<br>電話番号 072-228-7477 ファックス番号 072-228-7870<br>受付時間 9:00～17:00            |
| 【市役所の窓口】<br>堺市健康福祉局長寿社会部<br>介護保険課   | 所在地 堺市堺区南瓦町 3 番 1 号 堺市役所本館 7 階<br>電話番号 072-228-7513 ファックス番号 072-228-7853<br>受付時間 9:00～17:00            |
| 【公的団体の窓口】<br>大阪府国民健康保険<br>団体連合会     | 所在地 大阪市中央区常盤町 1 丁目 3 番 8 号<br>中央大通 F N ビル<br>電話番号 06-6949-5418 ファックス番号 06-6949-5417<br>受付時間 9:00～17:00 |

18 重要事項説明の年月日

|                 |       |
|-----------------|-------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年 月 日 |
|-----------------|-------|

上記内容について、「大阪市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成 25 年大阪市条例 31 号）」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

|     |       |                        |
|-----|-------|------------------------|
| 事業者 | 法人所在地 | 大阪市住吉区遠里小野一丁目 2 番 21 号 |
|     | 法人名   | 医療法人守田会                |
|     | 代表者名  | 理事長 守田 直規              |
|     | 事業所名  | オリオノ病院                 |
|     | 説明者氏名 |                        |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

|     |    |  |
|-----|----|--|
| 利用者 | 住所 |  |
|     | 氏名 |  |

|              |    |  |
|--------------|----|--|
| 代理人<br>成年後見人 | 住所 |  |
|              | 氏名 |  |