

24 時間対応体制加算・緊急時訪問看護加算

特別管理加算・訪問看護医療連携加算

同意書

令和 年 月 日

nursing station Az 宛

下記内容を把握した上で令和 年 月 日より、24 時間対応体制加算・緊急時訪問看護加算・特別管理加算・訪問看護医療連携加算に同意します。

記

1. 24 時間対応体制加算(医療保険)・緊急時訪問看護加算(介護保険)を契約に伴い、24 時間 365 日看護師等と連絡をとることが可能となります。
2. 看護師等以外の職員が応対することがありますが、速やかに看護師と連絡を取れる体制を整備し、緊急時に備えます。
3. 特別管理加算は厚生労働大臣が定める特別な管理を必要とする利用者に対して算定するものです。
4. 訪問看護医療情報連携加算の同意に伴い、nursing station Az と医療情報の共有を行っている医療機関を利用する際に情報共有ができるようにするものです。
5. 月 1 回、別紙料金表に記載された料金が加算されます。

【利用者】

氏名 _____

【家族代表者】

氏名 _____

【代理人】（成年後見人等）

氏名 _____

住所 _____