様式１

退院後支援計画の作成及び退院後支援を受けることの同意書

○○保健所は、あなたの退院後の生活をサポートするため、入院中から、あなたや支援関係者と一緒に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。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間で共有し、あなたをサポートします。

　また、あなたの個人情報につきましては、北海道（○○市）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。

なお、計画の作成及び退院後支援を受けることを希望しない場合には、同意しないことや同意をした後であっても、途中で同意を撤回することができます。

※この計画に同意しなくても、あなたに不利益は生じません。

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

□　同意しません

○○保健所長　様

年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　 氏　名

　　　　　　　　　 　　　　　　（本人署名）

|  |
| --- |
| ※口頭にて確認した場合に記載  同　意を確認した年月日　　年　　月　　日  不同意を確認した年月日　　年　　月　　日  対象者の名前  確認した者  書面にて確認が困難な理由 |

　　　　　　　　　　　　　　　　\*未成年の場合（保護者署名）