

同意書

私は、相談員の面接や必要な支援を受けるために、〇〇保健所へ、必要な情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

本人氏名 _____

同意者氏名 _____

【 本人・家族（続柄： ）】

説明者氏名	
-------	--

【説明事項】

1. 同意いただいた場合は〇〇保健所の保健師を調整役として、ご本人・ご家族が抱えるお悩みの解決策を一緒に考えていきます。
2. 同意をいただくと、病院から〇〇保健所に連絡します。
3. 〇〇保健所の保健師が、面接等の調整を行います。
※面接等の際にお話し頂いた内容は守秘義務により守られます。
4. 面接等の結果により、各種相談機関と共に必要な支援を行います。
5. 同意はご本人、ご家族どちらか一方でも構いません。
6. 提供された情報は、ご本人・ご家族の了解なしに、〇〇保健所からの連絡以外に使われることはありません。
7. (管轄外保健所の場合) 身近な地域での支援が受けられるよう〇〇保健所からお住まいの住所を管轄する保健所へ連絡します。