

医療法人社団 衿正会 生駒病院

「介護医療院」重要事項説明書

当施設は介護医療院の許可を受けています。
(介護保険事業所番号： 28B3200015)
対象病棟：第6・7病棟（I型96名）

当施設はご入所者に対して介護医療院サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容等ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 施設経営主体

- | | |
|-----------|---|
| (1) 名 称 | 医療法人社団 衿正会 |
| (2) 所在地 | 兵庫県川辺郡猪名川町広根字九十九 8 番地 |
| (3) 電話番号 | 0 7 2 - 7 6 6 - 0 1 7 2 |
| F A X | 0 7 2 - 7 6 6 - 7 1 5 6 |
| U R L | https://ikoma-hp.com |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 生駒 二 郎 |
| (5) 設立年月日 | 診療所 昭和 48 年 4 月 10 日 |
| | 病 院 昭和 54 年 7 月 1 日 |
| | 法 人 平成 14 年 6 月 1 日 |

2. 施設の概要

- | | |
|-----------|--|
| (1) 建物の構造 | 鉄骨造鉄筋コンクリート造地上 2 階建～3 階建 |
| (2) 病棟 | 第 6 病棟 12 室（I 型・全て 4 人部屋）
第 7 病棟 12 室（I 型・全て 4 人部屋）
合計 24 室（I 型・入所定員 96 名） |
| (3) 併設事業 | 医療療養病床 186 床（医療保険適用）
地域包括ケア病床 12 床（医療保険適用）
居宅介護支援事業所（ケアプランセンターみずき）
訪問看護事業所（訪問看護ステーションいな歩） |

3. 施設

- | | |
|-----------|--|
| (1) 施設の種類 | 介護医療院（I 型） |
| (2) 施設の名称 | 医療法人社団 衿正会 生駒病院介護医療院 |
| (3) 施設の目的 | 「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備え、長期療養が必要な要介護者に対して、「長期療養のための医療」と「日常生活上の支援」を一体的に提供します。サービス計画の策定にあたっては、本人の意思を尊重した上で、入所者全員に対して「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に沿った取組を行います。 |

- (4) 所在地 〒666－0252
兵庫県川辺郡猪名川町広根字九十九 8 番地
- (5) 電話番号 0 7 2－7 6 6－0 1 7 2
F A X 0 7 2－7 6 6－7 1 5 6
U R L <https://ikoma-hp.com>
- (6) 代表者氏名 理事長 生 駒 二 郎
院長（管理者）中 村 哲 郎
- (7) 開設年月日 平成 30 年 12 月 1 日
- (8) 入所定員 9 6 人（I 型）

4. 療養室等の概要

当施設では以下の療養室・設備をご用意しています。療養室は全て、4 人部屋ですが、他の療養室への変更をご希望される場合その旨お申出下さい。但し、ご入所者の心身の状況や空室状況によりご希望に沿えない場合もあります。

療養室・設備の種類	室 数	備 考
個 室	0 室	
4 人 室	24 室	
合 計	24 室	
食 堂	3 カ所	
浴 室	2 カ所	機械浴 各 1 カ所
機能回復訓練室	1 カ所	
診 察 室	2 カ所	
調 理 室	1 カ所	

☆ 療養室の変更：ご入所者から療養室の変更希望の申し出があった場合は、療養室の空き状況等により当施設でその可否を決定します。また、ご入所者の心身の状況により療養室を変更する場合があります。その際には、ご入所者やご家族等と協議の上、決定するものとします（緊急の場合を除く）。

5. 職員の配置状況

職員の配置については、基準を遵守しています。

看護職員： 6：1

介護職員： 5：1

6. 施設ご入所者

- (1) 当施設に入所できるのは、介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護」と認定された方が対象となります。

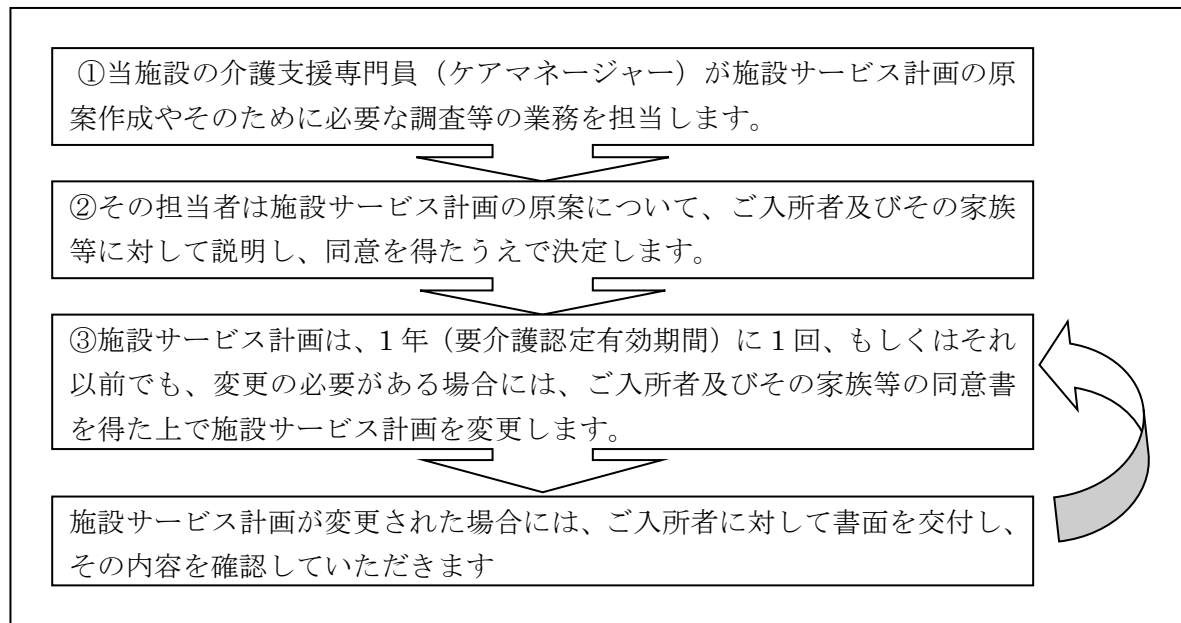
また、入所時において「要介護」の認定を受けておられるご入所者であっても、将来「要介護」認定者でなくなった場合には、退所していただくことになっております。

- (2) 入所前に、かかりつけの医師又は入院先病院の医師の紹介状(又は情報提供書)及び参考調査表(別途用意しています)を提出していただきます。しかし緊急の場合は後日で結構です。

7. 入所からサービス提供までの流れ

ご入所者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」で定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。
（契約書第3条参照）



8. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご入所者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて

1. 利用料金が介護保険から給付される場合
2. 利用料金の金額をご入所者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

当施設では、入所するご入所者に対し、施設サービス計画に基づいて療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を提供します。サービス計画の策定にあたっては、本人の意思を尊重した上で、入所者全員に対して「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に沿った取組を行います。

①医療上の管理

- ・個々のご入所者の病状に応じ、専門の医師が適切な療養上の管理をします。

②看護・介護・リハビリテーション

- ・清潔で快適な生活が送れるようリネン類は最低週1回、病衣は原則週2回の交換を行います。
- ・生活の活性化をはかります。洗面、排泄の自立誘導、食事の自力摂取、各種

レクリエーション、散歩、残存機能の維持活性化のためのリハビリテーション実施。

③食 事

- ・主治医の指示、管理栄養士の立てる献立表により、ご入所者の病状に応じ、かつ、栄養並びに嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・保温食器の使用、夕食時間の配慮により、家庭的な食事を提供します。
(食事時間) 朝食：7：30 昼食：12：00 夕食：18：00

④入 浴

- ・入浴又は清拭を原則として週2回行います。但し、ご入所者の病状によっては行えないことがあります。

⑤排 泄

- ・排泄の自立を促すため、ご入所者の能力を最大限活用した援助を行います。
- ・オムツを使用しているご入所者に対しましては、定期もしくは随時に介護職員がおむつを交換致します。

＜サービス利用料金＞

下記の料金によって、ご入所者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担）と食事及び居住に係る自己負担額をお支払い下さい（サービスの利用料金はご入所者の要介護度、所得に応じて異なります）。

単位：円／1日当たり

項目	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 基本利用料金	9,357	10,556	13,163	14,265	15,268
2. うち保険から 給付される金額	8,421	9,500	11,846	12,838	13,741
3. サービス利用に係る 自己負担額	936	1,056	1,317	1,427	1,527
4. 居住費	460				
5. 食費	1,950				
6. 自己負担額合計 (3+4+5)	3,346	3,466	3,727	3,837	3,937

「1. 基本利用料金」は要介護度に応じた基本単位数に基づく料金となります。

「1. 基本利用料金」にはサービス提供体制加算Ⅱ、夜間勤務等看護加算Ⅳ、栄養マネジメント強化加算、高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ・Ⅱ、科学的介護推進体制加算Ⅱ、介護職員等処遇改善加算Ⅱロ及び療養室環境基準減算並びに特別診療費である感染対策指導管理及び褥瘡対策指導管理Ⅰが含まれています。

「2. うち保険から給付される金額」及び「3. サービス利用に係る自己負担額」は保険の給付割合が1割として計算されています。給付割合が2～3割の場合は「3. サービス利用に係る自己負担額」が概ね2～3倍になります。

「4. 居住費」及び「5. 食費」は市町村が交付する『負担限度額認定証』をお持ちの場合、負担する金額が変更されます。

上記のサービス費の他に「加算」並びに「特別診療費」として出来高評価で介護保険給付の対象となるものがあり、算定された額の通常 1 割が利用者自己負担額となります。（介護保険負担割合証に記載された内容により、1 割負担から 3 割負担となります。）加算の項目は別紙「加算項目一覧」をご参照ください。

＜居住費と食費について＞

居住費と食費については、市町村が交付する『負担限度額認定証』をお持ちの場合、負担する金額が変更されます。

負担段階	居住費	食費	サービス利用に係る自己負担額	合計額
第 1 段階	0 円	300 円	1, 427 円	1, 727 円
第 2 段階	430 円	390 円		2, 247 円
第 3 段階①	430 円	680 円		2, 537 円
第 3 段階②	430 円	1, 420 円		3, 277 円
第 4 段階	460 円	1, 950 円		3, 837 円

※多床室・要介護度 4・給付割合 1 割の場合。サービス利用に係る自己負担額には基本単位数、サービス提供体制加算Ⅱ、夜間勤務等看護加算Ⅳ、高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ・Ⅱ、栄養マネジメント強化加算、科学的介護推進体制加算Ⅱ、介護職員等処遇改善加算Ⅱロ及び療養室環境基準減算並びに特別診療費である感染対策指導管理及び褥瘡対策指導管理Ⅰを含み、出来高評価の諸加算及び特別診療費は含まれていません。

負担限度額認定は、以下の要件により申請に基づき自治体が認定します。

- ・第 1 段階
老齢福祉年金受給者の方で、世帯全員が住民税非課税の方。生活保護受給者
- ・第 2 段階
世帯全員が住民税非課税で、本人の課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 82. 65 万円以下の方
- ・第 3 段階①
世帯全員が住民税非課税で、本人の課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 82. 65 万円を超え 120 万円以下の方
- ・第 3 段階②
世帯全員が住民税非課税で、本人の課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 120 万円を超える方
- ・第 4 段階（負担限度額認定証は交付されません）
住民税課税世帯の方

負担限度額認定の詳細については保険者の市町村担当窓口にご相談下さい。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額がご入所者の負担となります。

- ① 居室費 1 日 当 り 0 円 ～ 460 円
食 費 " 300 円 ～ 1,950 円

② 日用消耗品

療養リース（洗濯・日用消耗品等）取扱業者をご希望の方は、ご紹介させていただきます。

③ おむつ代

おむつ代は介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。特別なおむつの利用を希望するご入所者からは、利用料として差額分を徴収します。

④ 貸出料等

- ・テレビ貸出料 1 日 当 り 200 円
- ・病衣貸出料 1 ヶ月 当 り 1,200 円

その他希望に応じて、各種証明書（診断書等）の発行手数料や委託業者による理美容サービス代金を徴収します。金額については受付（医事管理部）までお尋ね下さい。

⑤ 複写物の交付

ご入所者は、サービス提供についての記録その他の複写物を必要とする場合には実費相当分として 1 枚につき 11 円をご負担いただきます。

⑥ ご利用終了後も療養室を明け渡さない場合の料金

ご入所者が、ご利用終了後も療養室を明け渡さない場合等に、本来の利用終了日の翌日から実際に療養室が明け渡された日までの期間にかかった費用（介護保険給付前の基本利用料金全額）並びに居住費及び食事代をお支払い頂きます。

なお、費用の計算にあたっては利用終了時点の要介護度並びに出来高評価の介護・医療サービスの内容によるため、決定次第通知するものとします。また、ご入所者が、要介護認定で自立または要支援と判定された場合については、要介護度 1 の場合の利用料金（介護保険給付前の基本利用料金全額）並びに居住費及び食事代をお支払い頂きます。

⑦ その他

経済状況の変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

①ご指定の金融機関からの預金口座振替となります。

(振替日： 毎翌月 27 日 (金融機関が休日の場合は翌日))

※「預金口座振替」の申請手続き完了までに時間を要するため、新たに入所されました入所者様は、入所された月分が翌月分と合算して引き落としとなる場合がございます。

※領収書につきましては、振替確認の後に次月ご請求書と併せて発行、発送とさせていただきます。

※その他お支払い方法についてご不明な点がございましたら、受付（医事管理部）までお申し出下さい。

9. 必要なサービスを提供することが困難な場合の対応

ご入所者の病状等により、必要なサービスを提供することが困難な場合は、下記の病院に紹介いたします。

・ベリタス病院

川西市新田 1-2-23

電話番号 072-793-7890

FAX 番号

072-792-5771

・川西市立総合医療センター

川西市火打 1-4-1

電話番号 0570-01-8199

FAX 番号

072-789-8193

10. 非常災害対策

非常災害対策は次の通りとします。

1. 非常災害対策責任者には、防災管理者を充てます。
2. 消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画を策定し、実施します。
3. 避難・救出訓練は計画に基づき少なくとも年 2 回実施します。
4. 計画策定、訓練は、消防署等の協力を得て行うものとします。

11. 当施設を退所していただく場合

当施設を退所していただく場合、当施設との間では終了する期日は特に定めていません。従って、継続してサービスを利用することが出来ますが、仮に下記のような事項に該当するに至った場合にはご入所者に退所していただくことになります。その場合には、退所を希望する日の 30 日前までに解約届出書をご提出下さい。

(1) ご入所者からの退所の申し出

ご入所者から、期間内であっても当施設に退所を申し出ることができます。

- ①要介護認定によりご入所者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ②当施設が解散した場合、破産した場合又は、やむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合
- ③当施設の滅失や重大な毀損により、ご入所者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④当施設が介護保険の許可を取り消された場合又は許可を辞退した場合
- ⑤ご入所者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）

但し、以下の場合には、即時に入所を解約・解除し、当施設を退所することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ご入所者が他病院に入院された場合
- ④当施設が正当な理由なく本重要事項説明書に定める介護医療院サービスを実施しない場合
- ⑤当施設もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥当施設が故意又は過失によりご入所者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約（サービス）を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他のご入所者がご入所者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、当施設が適切な対応をとらない場合

(2) 当施設からの申し出により退所していただく場合

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただく事があります。

- ①ご入所者が、入所前にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず又は不実の告知を行い、その結果本契約（サービス）に継続しがたい重大な事情が生じた場合
- ②ご入所者による、サービス利用料金の支払が6ヶ月以上遅延し、相当期間を

定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合

- ③ ご入所者が、故意又は重大な過失により当施設又は当施設職員もしくは他のご入所者等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行う事によって、本契約（サービス）に継続しがたい重大な事情が生じた場合
- ④ ご入所者の行動が他のご入所者や当施設職員の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、あるいは、ご入所者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約（サービス）に継続しがたい重大な事情が生じた場合
- ⑤ ご入所者が連続して 8 日以上他病院又は診療所に入院すると見込まれる場合
もしくは入院した場合
- ⑥ ご入所者が介護老人福祉施設または介護老人保険施設に入所した場合

ご入所者が他病院等に入院された場合の対応について

当施設に入所中に、他医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

①検査入院等、7 日間以内の短期入院の場合

退院後再び当施設に入所することができます。
但し、入院日数に応じて（入院翌日から最大 6 日間）、外泊時費用の自己負担分をご負担いただきます。
1 日当たり 372 円 ※介護負担割合 1 割の場合

②7 日間を超える入院の場合

7 日間を超える入院が見込まれる場合は、契約を解除する場合があります。
なお、他院での必要な治療を終えた後に再入所を希望される場合は、入所時の主治医等の判断を踏まえ、可能な範囲で円滑に再入所することができるように努めるものとします。

(3) 円滑な退所のための援助

ご入所者が当施設を退所する場合には、ご入所者の希望により、当施設はご入所者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご入所者に対して速やかに行うように努めます。

- 他病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

12. 身元引受人・連帯保証人

- (1) 入所にあたり、身元引受人 1 名・連帯保証人 1 名をお願いしています。
しかしながら、入所において、社会通念上、身元引受人・連帯保証人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、入所にあたって、身元引受人・連帯保証人の必要はありません。
- (2) 身元引受人・連帯保証人には、これまで最も身近にいて、ご入所者のお世話をされてきた家族や親族に就任していただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしも、これらの方に限る趣旨ではありません。
- (3) 身元引受人は、ご入所者の利用料等の経済的な責務については、ご入所者と連帯して、その責務の履行義務を負うことになります。また、こればかりではなく、ご入所者が他医療機関に入院する場合や当施設から退所する場合においては、その手続きを円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などを行ったり、更には、当施設と協力、連携して退所後のご入所者の受入先を確保するなどの責任を負うことになります。詳しくは介護医療院サービス利用契約書の第 18 条をご参照ください。
- (4) 連帯保証人は、ご入所者の利用料等の経済的な責務については、ご入所者と連帯して、その責務について極度額 50 万円を限度とし、履行義務を負うことになります。その額は、利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。連帯保証人からの請求があった場合には、連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。詳しくは介護医療院サービス利用契約書の第 19 条をご参照ください。
- (5) 身元引受人・連帯保証人が死亡若しくは破産宣告をうけた場合には、当施設は、新たな身元引受人・連帯保証人を立てていただく必要がありますので必ずご連絡ください。

13. 住所・連絡等の変更

ご入所者・身元引受人・連帯保証人の住所、連絡先等に変更がございました場合には、すみやかに当施設受付までお申し出ください。

14. サポート体制

(1) 当施設における苦情相談等の受付

当施設では以下のとおり総合相談窓口を設置しています。

○総合相談窓口

病院玄関横に相談窓口を設置し、各部の専門スタッフが相談担当者として対応いたします。

○受付時間

毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00、土曜日 9:00～12:30

(2) 関係行政機関

○国民健康保険団体連合会 (介護サービス苦情相談窓口)	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目 9番1-1801号 TEL (078) 332-5617 FAX (078) 332-5650 受付時間 8:45～17:15 月～金
○猪名川町役場 生活部 保険課	所在地 兵庫県川辺郡猪名川町上野 字北畑11の1 TEL (072) 767-6235 FAX (072) 767-7200 受付時間 8:45～17:30 月～金

15. サービス提供における当施設の義務

当施設は、ご入所者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご入所者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ②ご入所者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師、看護職員及び介護職員と連帯の上、ご入所者から聴取、確認します。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、定期的に避難救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご入所者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の 30 日前までに、要介護認定の申請のために必要な援助を行います。
- ⑤ご入所者に提供したサービスについて記録を作成し、5 年間保管するとともに、ご入所者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
但し、複写費用については、重要事項説明記載のコピー代をいただきます。
- ⑥ご入所者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
但し、ご入所者または他のご入所者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録に記載するなどして、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑦事業者は、ご入所者の人権の擁護・虐待の防止等のために高齢者虐待防止法第 2 条第 5 項第 1 号イからホにあげる行為を禁止すると共に、ご入所者の人権擁護、虐待防止のために研修等を通じて職員の知識や技能の向上に努めます。
- ⑧事業者は、サービスを提供するにあたって知り得たご入所者に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。
但し、ご入所者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご入所者の心身等の情報を提供します。
また、ご入所者の円滑な退所のために援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、ご入所者の同意を得て行います。

16. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されているご入所者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ちこみの制限

入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

例) ア. 火気等の危険物

イ. 他の入所者の迷惑となるもの

ウ. 収納能力を超えるもの

その他、その都度ご相談に応じます

(2) 面 会

面会時間 14:00～19:00

来訪者は、必ず面会簿にご記入ください。

なお、来訪される場合、ご入所者以外の方への差し入れはご遠慮下さい。

ただし、感染症予防措置として、予告なく対面による面会を制限又は禁止する場合がございます。

(3) 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、7日前にお申し出下さい。

葬儀への参加など緊急やむを得ない場合には、この届出は当日になってもかまいません。

但し、外泊については、最長で月6泊とさせていただきます。

(4) 施設・設備の使用上の注意

- ・療養室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・故意またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご入所者に自己負担により現状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・ご入所者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご入所者の療養室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- ・当施設の職員や他のご入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

(5) 禁 煙

当施設内は建物、敷地内及び敷地周辺は禁煙です。ご入所者が煙草、マッチ、ライターを持っていた場合はご家族に返却します。

17. 損害賠償

当施設において、当施設の責任によりご入所者に生じた損害については、当施設は速やかにその損害を賠償いたします。

但し、その損害の発生について、ご入所者に故意又は過失が認められる場合には、ご入所者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められるものは加味しますが、当施設の損害賠償責任を減じる場合があります。

以上

令和 年 月 日

医療法人社団 衿正会 は、介護医療院でのサービスの提供に際し、本書面に
基づき重要事項の説明を行いました。

説明者氏名 ()

私達は、本書面に基づいて医療法人社団 衿正会重要事項の説明を受け、介護
医療院サービスの提供開始に同意しました。

《利用者》

住所

氏名

《身元引受人》

住所

氏名

(利用者との続柄)

《連帯保証人》

住所

氏名

(利用者との続柄)

※ 連帯保証人は支払い能力のある成年者で身元引受人とは別世帯又は別生計の
方をお願いします。

私は、利用者が医療法人社団 衿正会 から重要事項の説明を受け、介護医療
院サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が利用者に代わっ
て署名を代行いたします。

《署名代行者》

住所

氏名

(利用者との関係)