

産後訪問サービス依頼書

産後訪問サービス説明者： _____

私は、産後訪問について説明を受け同意しましたので、
湘南鎌倉バースクリニック職員による産後訪問サービスを依頼します。

記

1. 訪問サービス期間

このサービスは産後1ヶ月健診までの間を希望日とする。

2. 損害賠償

サービスの提供にあたり、依頼者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を保障するものとする。ただし、サービス提供者自身の責めに帰すべき事由によらない場合にはこの限りではない。

3. 秘密保持

サービスを提供した場合には所定の診療録に記録をし、5年間これを適正に保管する。

サービス提供者は、依頼者及びその家族に関する個人情報や秘密について依頼者または第三者の生命・身体に危険がある場合を除いて、それを第三者に漏らすことはない。

ただし、依頼者の同意を得た場合には一定の条件の下で情報提供をすることができる。

4. 苦情対応

このサービスに関する苦情の連絡先は、当クリニックとし、苦情の申し立ては相談があった場合には迅速かつ誠実に対応する。

また、依頼者が苦情の申し立てを行ったことを理由として何らかの不利益な取り扱いをすることはしない。

5. 依頼者は訪問を受ける時間には自宅で待機することとする。

6. 依頼者は訪問看護計画およびサービス提供者からの療養に関する指示に従い行動する。

7. 訪問費用については、外来受診時(1カ月健診時)に支払うこととする。

ただし、1ヶ月健診を当クリニック以外で受診される方は、当日現金5000円での支払いとする。

以上

注意) FAX される場合には、9:00 から 16:00 までの間にお願い致します。

日付：平成 年 月 日

依頼者サイン： _____

提供者：湘南鎌倉バースクリニック

TEL 0467-45-4103

FAX 0467-45-1721

産後訪問申し込み用紙

(フリガナ)

氏名 _____ ID 番号. _____

現住所 _____

電話 _____

訪問先住所 _____

訪問先電話 _____

訪問希望日 ① / ② / ③ /

当日、自動車で行きます。駐車場の確保をお願いいたします。

☆ 地図（自宅から病院までをできるだけ詳しく書いてください。添付可。）

受け取り 月 日 受け取り者サイン _____