

(様式2)

# 同意書

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

平成 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\_\_\_\_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\_\_\_\_保健所に連絡します。
3. \_\_\_\_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、\_\_\_\_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\_\_\_\_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。