

(様式3)

同意書

年 月 日

法人名: _____

代表名: _____

住所: _____

(対象となる利用者様)

氏名: _____ 印

私は、貴施設(または事業所)において介護職員によるたんの吸引等の事業に協力することに同意いたします。

なお、先に説明があった介護職員による下記のケア(チェック有)の実施について同意いたします。

- 口腔内のたんの吸引
- 鼻腔内のたんの吸引
- 気管カニューレ内部のたんの吸引
- 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

代理人・代筆者氏名: _____ 印 (本人との続柄: _____)

※対象となる方が署名若しくは記名押印を行うことが困難な場合には、家族等の代理人・代筆者が記入し、当該代理人・代筆者も署名又は記名押印を行ってください。

※ この同意書は施設(又は介護事業所)側で保管しますが、この同意書に署名又は記名押印した者もそれぞれの同意書の写しを保管することが望まれます。