

## 小児レスパイト入院のご利用にあたっての同意書

小児レスパイト入院のご利用にあたっては、次の事項に同意の上、申込を行ってください。

1. 小児レスパイトのご利用にあたり、必要となる診療情報提供について、当院がかかりつけでない場合は、当院から利用者（患児）の主治医等に対し依頼させていただくことがございます。その際、提供いただいた診療情報につきましては、後日かかりつけ医（主治医等）受診の際に、診療情報提供料が算定されることとなります。
2. 小児レスパイトの入院期間は、1回につき原則2泊3日です。延長は基本的にできませんが、利用中に利用者の身体状況等に变化があり、治療が必要となった場合などは、主治医の判断で医療入院へ切り替え、入院継続をお願いする場合がございます。また、当院においてそのまま治療を継続することとなった場合は、その日以降の入院は、通常の入院扱いとなります。
3. 入院する部屋は、当院の入院当日の空きベッドの状況により決定いたします。また、当院の空きベッド状況により日程の調整をお願いする場合がございます。
4. 小児レスパイト入院は検査や治療を目的としておりませんので、原則として行いません。ただし、入院時の診察において必要と判断された場合や入院中に利用者の体調変化等があった場合には、検査や治療を行う場合があります。また、利用者に特段の変化がない場合は、特に医師から入院中の状態についての説明は行いません。
5. 入院中は、当院の体制・方法よりケアを行います。そのため、ご自宅で行うケア内容とは異なることがあり、希望に添うことが難しい場合がございますことをご了承ください。

### 同意欄

小児レスパイト入院の利用申し込みにあたり、上記の事項を確認し、これに同意して小児レスパイトを利用します。

年 月 日

保護者住所：

保護者氏名（署名）

令和5年3月

長崎県壱岐病院 患者支援センター