様式１

退院後の支援等に関する同意書

（宛先）

　　保健所長

　私は、退院後の地域生活について保健所等や関係機関の支援を受けるにあたり、下記の１～５について、

同意します　　　　　　・　　　　　同意しません

記

１　退院後に地域で安心して生活が送れるよう、保健所等や関係機関が支援を行うこ

と

２　そのため、居住地を管轄する保健所等が退院後の支援に関する計画を作成するこ

と

３　退院後は計画に基づき、支援関係者が協力して退院後支援を行うこと

４　計画の作成・実施に必要な個人情報及び作成された計画は支援関係者間で共有す

ること

５　私が転居した場合には、計画を作成した保健所等から、転居先を管轄する保健所

や関係機関へ情報提供すること

以上

氏　名

（記入日）

　　　　　　年　　　月　　　日

※なお、同意を撤回する場合には、病院の退院後生活環境相談担当者又は保健所等へご

連絡ください。