

<医療>緊急時訪問看護サービス同意書

大阪府済生会 泉南訪問看護ステーション

令和 6 (2024) 年 6 月 1 日 以降

緊急時訪問看護サービスは、利用者又はその家族等に対して24時間緊急連絡体制にあって、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行います。

緊急時訪問を行った場合、サービスの提供時間に応じた利用料が必要です。

また、早朝・夜間・深夜帯においては、各時間帯に応じた加算が算定されます。

利用料金 (費用は、各保険証の割合に応じた料金となります。)

参考費用

加算	算定回数等	利用料 (10割)	負担割合に相当する 利用者負担金額		
			1割	2割	3割
24時間対応体制加算	1月に1回 ※緊急時訪問を行わなくても毎月加算	6,520 円	650 円	1,300 円	1,960 円
緊急時訪問看護加算	計画外の訪問を行った場合に加算 (月14日目まで)	2,650 円	270 円	530 円	800 円
	計画外の訪問を行った場合に加算 (月15日目以降)	2,000 円	200 円	400 円	600 円
夜間・早朝訪問看護加算	夜間 (午後6時から午後10時)	2,100 円	210 円	420 円	630 円
	早朝 (午前6時から午前8時)				
深夜訪問看護加算	深夜 (午後10時から午前6時)	4,200 円	420 円	840 円	1,260 円

上記内容の説明を受け、緊急時訪問看護サービスの利用に同意します。

年 月 日

契約者 住 所 _____

氏 名 _____

上記署名は、 氏名 : _____ (続柄 : _____)