

看護サービス契約書（保険適応外）

様（以下「利用者」といいます）と訪問看護事業者である株式会社ナースアテンド（以下「当社」といいます。）は、当社が利用者に対して行う保険適応外の自費の訪問看護サービス（以下「本サービス」といいます）について、次のとおりこの契約を締結します。

第1条（契約の目的）

1. 当社は、高齢・疾病等の理由により日常生活のサポートが必要な利用者に対し、看護師による療養上の世話又は診療の補助等を内容とした本サービスを提供します。
2. 利用者は、契約書別紙に定められた情報を提供し、当社に対し本サービスに対する料金を支払います。

第2条（契約期間）

1. この契約の契約期間は契約締結の日から利用者の終了意思表示をされるまでの期間とします。
2. 前項にかかわらず、次のいずれかの事由が発生した場合には、この契約は終了するものとします。
 - (1) 利用者が正当な理由なく当社に支払うべきサービス利用料金を1ヶ月分以上滞納し、当社が、利用者に対し、猶予期間を設けた上で催告してもなお、定めた支払い期限までに滞納額の全額の支払いがない場合
 - (2) 第6条の規定により利用者から契約解除の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
 - (3) 第7条の規定により当社から契約解除の意思表示がなされた場合
 - (4) 次の理由で利用者にサービスを提供できなくなった場合
 - ① 利用者が医療施設に入院した場合
 - ② 利用者が訪問可能地域外に転居した場合
 - ③ 利用者が死亡した場合

第3条（本サービスの内容）

1. 本サービスにおいて提供される訪問看護サービスの内容は、以下の各号に定めるものとします。
 - (1) 利用者の自宅又は所在地において、療養生活の世話や診療の補助（医療行為）を行うこと（在宅看取りにも対応させていただきます）
 - (2) 病院やクリニックへの受診の付添い
 - (3) 買い物や散歩、外食、ご旅行の付添い
 - (4) 退院や他の病院への転院など付添い
 - (5) 上記(1)から(4)に付随して必要と認められる作業
2. 当社は、可能な限り利用者のご希望する日程により本サービスを提供します。
3. 看護師が診療の補助（医療行為）を行うためには、医師の作成する訪問看護指示書が必要となり、訪問看護指示書は利用者にて取得し、当社に共有していただく必要があります。
4. 移送、外出など主治医の管理下から一時的に離れる場合は、主治医の許可・承諾を得てください。
5. 外出付添い・ご旅行付添い・通院付添いなどいかなる場合でも看護師が車両を運転することはできません、移動に関しては公共交通機関・タクシー、介護タクシーなどをご利用ください。
6. 付添い・看護に必要な機材（吸引装置・酸素など）、消耗品（オムツ、タオルなど）については、全て利用者や家族等にご準備いただきます。

7. 重量物の運搬、高所での作業などの危険を伴う作業、専門的な技術が必要な作業及び当社が提供するに不相当と認めた作業につきましては、本サービスでは提供できません。
8. 本サービスの提供地域は、首都圏（東京・神奈川・千葉・埼玉）を基本とさせていただきます。遠隔地（海外も含む）への移送やご旅行についてはご相談ください。
利用者のお住まいの地域によっては、本サービスを提供できない場合がありますので、予めご確認ください。

第4条（サービス利用料金及びその支払）

本サービスに対する利用料金、キャンセル料等は、ホームページに記載する通りとします。

第5条（代理人の指定）

1. 利用者は、本契約に基づく権利および義務を代行するために、以下の場合に代理人を指定する必要があります。
 - (1) 利用者が契約内容を十分に理解できない場合。
 - (2) 利用者が未成年の場合。
 - (3) 利用者が料金の支払いを自ら行うことが困難な場合。
 - (4) その他、当社が代理人の指定を必要と判断した場合。
2. 代理人を指定する場合、契約書別紙に定められた情報を提供するものとします。
3. 代理人が行った行為は、利用者本人の行為とみなします。

第6条（利用者の解除権）

利用者は、当社に対しいつでもこの契約を解除することができます。

なお、利用者の都合によりご予約中のサービスを中止する場合は、別紙「料金表」に記載のキャンセル料が発生する場合があります。

第7条（事業者の解除権）

1. 当社は、利用者または代理人、ご家族その他関係者の言動が、当社又はサービス提供の看護師に対する誹謗中傷・セクシャルハラスメント・暴力・暴言等を含みますが、これらに限られません）に鑑み、この契約の継続が困難であると判断した場合には、書面で通知することにより、何らの催告を要せず、この契約を解除することができます。
2. 当社は、利用者または代理人、ご家族その他関係者が、当社やサービス提供の看護師に対して、この契約を継続し難いほどの迷惑行為・背信行為を行った場合、書面で通知することにより、何らの催告を要せず、この契約を解除することができます。

第8条（個人情報の取扱い）

1. 当社は、個人情報の適正な取扱いとプライバシー保護に十分配慮するとともに正確性、機密性の維持に努めるべく個人情報を厳重に管理するものとします。
2. 当社は、利用者及びその家族、代理人に関する個人情報を以下の目的で利用します。
 - (1) 本サービスの提供および運営
 - (2) サービス品質の向上（アンケート調査および分析など）
 - (3) 緊急時の対応および医療機関、介護支援事業者等との連携、照会への回答
 - (4) ご家族・代理人等への利用者の病状並びに心身の状況説明

- (5) 法令に基づく対応および行政機関への報告
- (6) その他、利用者及びその家族、代理人の同意を得た目的の範囲内での利用
- 3. 当社は、同意をいただくことなく、個人情報第三者に提供する事はございません。
但し、前項(3)(4)(5)の利用目的に該当する場合は、お申し出がない限り、個人情報を必要な範囲において第三者に提供する場合があります。
- 4. 個人情報の開示、訂正、削除および窓口について以下に定めます。
 - (1) 利用者及びその家族、代理人は、当社に対して、自己に関する個人情報を開示するよう請求することができるものとします。
 - (2) 開示請求により、万一登録内容が不正確または誤りであることが判明した場合には、当社は、速やかに訂正または削除に応じるものとします。
 - (3) 個人情報に関するお問い合わせ窓口は以下とします。
株式会社ナースアテンダント
対応時間 平日 9:00~18:00
TEL: 03-6805-7270 FAX: 03-6805-6815

第9条（緊急時等における方法）

看護師は、病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、利用者の主治医へ連絡し医師の指示に従います。主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な処置を講ずるものとします。また、登録されている緊急連絡先に連絡します。

第10条（損害賠償）

- 1. 当社の責めにより利用者に損害が発生した場合、当社は速やかに損害賠償を行います。
- 2. 当社は、当社の責めに帰すべからざる事由により利用者に生じた損害については、損害賠償の責めを負わないものとします。とりわけ、以下の事由に該当する場合には、損害賠償の責めを免れるものとします。
 - (1) 利用者または代理人、ご家族その他関係者が、契約締結時に重要事項を告知しなかった場合、または不実の告知を行った場合。
 - (2) 利用者の身体的素因による急激な体調変化など、当社の提供したサービスを原因としない事由による場合。
 - (3) 不可抗力の場合。
 - ① 地震、台風、洪水、火災などの自然災害。
 - ② 戦争、暴動、テロ、感染症の流行などの社会的混乱。
 - ③ その他、当社の合理的な支配を超える事由。
- 3. 本サービスに関連して利用者または代理人と第三者との間で生じた取引、連絡、紛争等については、利用者の責任において処理および解決するものとし、当社はこれに関与せず、一切の責任を負いません。

第11条（苦情対応）

- 1. 利用者は、提供されたサービスに対して苦情がある場合には、当社窓口に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。
- 2. 当社は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を以下に明らかにすると共に、苦情の申し立て又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。

株式会社 ナースアテンダント
対応時間 平日 9:00~18:00
TEL: 03-6805-7270 FAX: 03-6805-6815
担当者: 小林由和

3. 当社は、利用者が苦情申し立て等を行ったことを理由として何らの不利益な取り扱いをすることは
ありません。

第12条（協議解決）

当社及び利用者は、本規約に定めのない事項又は本規約の解釈に疑義が生じた場合には、互いに信義誠
実の原則に従って協議のうえ速やかに解決を図るものとします。

以上の契約を証するため、本書を2通作成し、押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 年 月 日

<利用者>

氏名

印

<代理人>（指定がある場合）

氏名

印

<事業者>

住 所 東京都世田谷区玉川台二丁目 21 番 14 号 KY 用賀ビル 1 階
事業者 株式会社ナースアテンダント
代表取締役 上村 恭子

印

【契約書別紙】

利用者または代理人と事業者で、1通ずつ保有するものとします。

1. 利用者

氏名	姓（フリガナ） _____ 名（フリガナ） _____ 姓 _____ 名 _____
住所	〒 _____
電話番号（携帯）	（ _____ ） _____
電話番号（固定）	（ _____ ） _____
Eメールアドレス	_____ @ _____

2. 代理人（指定がある場合）

氏名	姓（フリガナ） _____ 名（フリガナ） _____ 姓 _____ 名 _____
続柄（利用者との関係）	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 義兄弟 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他 _____
住所	〒 _____
電話番号（携帯）	（ _____ ） _____
電話番号（固定）	（ _____ ） _____
Eメールアドレス	_____ @ _____

3. 利用場所

利用者の住所と同じ

利用者の住所と違う場合は、以下に記載ください。

名称	
住所	〒 _____
電話番号（携帯）	（ _____ ） _____
電話番号（固定）	（ _____ ） _____

4. 請求先（利用料金の請求先と請求書の送付方法）

<input type="checkbox"/> 利用者 請求書の送付方法 <input type="checkbox"/> 利用者の住所に郵送 <input type="checkbox"/> 利用場所の住所に郵送 <input type="checkbox"/> Eメール
<input type="checkbox"/> 代理人 請求書の送付方法 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> Eメール

5. アンケートやお得な情報の送付先

- 利用者 Eメール
代理人 Eメール
希望しない

※どれか一つを選択してください。

※サービス中又は終了後簡単なアンケートを上記Eメールに送付させていただきます、またお得な情報をメールさせていただきます。

6. 緊急時等における方法

緊急時および事故発生時には、以下に記載する医師の指示に従いますので、正確な情報を記載してください。なお、医師が不在の場合は、看護師の判断で救急搬送等の措置を講じます。

また、登録されている緊急連絡先に連絡しますので、ご連絡のとれるお電話番号をご記載ください。

主治医情報	
医療機関名	
主治医氏名	
所在地	
電話番号	() —
緊急連絡先（ご家族等）	
氏名	
続柄（利用者との関係）	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 義兄弟 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他_____
住所	
電話番号	() —

以上