

在宅患者訪問（認定看護師同行訪問）についての同意書

茅ヶ崎市立病院の専門性の高い看護師（皮膚・排泄ケア認定看護師、緩和ケア認定看護師）の訪問看護師との同行を依頼します。

なお依頼にあたっては「茅ヶ崎市立病院 在宅患者訪問（認定看護師同行訪問）についての説明書」の記載事項を理解し、認定看護師の同行訪問を受ける事に同意します。

年 月 日

説明者

事業所名： _____

説明者名： _____

私は、認定看護師同行訪問について説明を受け、同意しました。

年 月 日

患者氏名（署名）： _____

代筆者（署名）： _____

続柄 _____

- ※ この同意は、患者さんご本人の意思でいつでも撤回できます。
- ※ 「患者氏名」欄は、患者さんご自身をご署名下さい。
- ※ 患者さんご本人の署名が難しい場合は、ご家族の代筆をお願いいたします。
- ※ ご家族の代筆ができない場合は、患者さんの意思を十分に確認の上、説明訪問看護師による代筆も可とします。