

(あて先) 八尾市立病院長

認定看護師同行訪問看護についての同意書

八尾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、乳がん看護認定看護師、がん化学療法看護認定看護師)へ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「認定看護師同行訪問看護についての説明書」の記載事項を理解し、認定看護師の同行訪問を受けることに同意します。

平成 年 月 日 (説明日)

説明訪問看護師氏名: _____

私は、認定看護師同行訪問看護について説明を受け、同意しました。

平成 年 月 日

患者ご本人氏名 (署名): _____

代筆者 (署名): _____ 続柄: _____

- ※この同意は、患者ご本人の意思でいつでも撤回できます。
- ※「患者ご本人氏名」欄は患者ご自身が署名ください。
- ※患者ご本人の署名が難しい場合はご家族の代筆をお願いします。
- ※ご家族の代筆ができない場合は患者の意思を十分確認の上、説明訪問看護師の代筆でも可とします。