

## 在宅患者訪問看護（同行訪問看護）に関する同意書

様

斜里町国民健康保険病院の皮膚・排泄ケア認定看護師の訪問看護の同行を依頼しています。患者さん（利用者さん）に対して、「在宅患者訪問看護（同行訪問看護）に関する説明書」に基づき、1～4の項目について説明しました。

説 明 日	年 月 日
事業所所在地	
名 称	
説明者氏名	

私は、「在宅患者訪問看護（同行訪問看護）に関する説明書」により、事業者から在宅患者訪問看護（同行訪問看護）について説明を受け、同意しました。

説 明 日	年 月 日
利用者住所	
利用者氏名	
(代理人)住所	
(代理人)氏名	

\* 本同意書は、患者さん（利用者さん）と事業者が署名の上1通ずつ保管し、斜里町国民健康保険病院においてはコピーを保管させていただきます。