（患者様用控え）

**専門の看護師による同行訪問　説明及び同意書**

説明日　　　年　　　月　　　日

説明者所属機関

説明者氏名

１．専門の看護師による看護師同行訪問について

愛媛県立新居浜病院では、通院が困難な場合に在宅でのよりよいケアの方法を見直すために、

専門性の高い看護師（緩和ケア認定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師等）が訪問し専門的なケアを直接自宅で実践し提供いたします。専門の看護師と訪問看護師がともにケアを実践し提供することで、質の高い看護を実践、提供いたします。

２．利用料について

訪問ケア料（医療保険の区分による負担）となります。

◆訪問ケア料（基本料金）1割負担の場合は1,285円、3割負担の場合は3,855円

上記の説明に対して、十分ご理解いただけたなら、以下の同意書に署名をお願いします。

１．上記の説明を受けました。そして、その内容について

　　□　わかりました。その上で納得して同意します。

　　□　わかりましたが、同意しません。

２．要望があれば記載してください

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（西暦）　　　年　　　月　　　日（署名記載日）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

（代諾者の場合、続柄　　 　　）

同席者

副本を受領しました。　　　　　　　　　　　　　受領者

※この説明同意書は記載された後でも意思の変更があればいつでも撤回することができます。

（愛媛県立新居浜病院用）

**専門の看護師による同行訪問　説明及び同意書**

説明日　　　年　　　月　　　日

説明者所属機関

説明者氏名

１．専門の看護師による看護師同行訪問について

愛媛県立新居浜病院では、通院が困難な場合に在宅でのよりよいケアの方法を見直すために、

専門性の高い看護師（緩和ケア認定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師等）が訪問し専門的なケアを直接自宅で実践し提供いたします。専門の看護師と訪問看護師がともにケアを実践し提供することで、質の高い看護を実践、提供いたします。

２．利用料について

訪問ケア料（医療保険の区分による負担）となります。

◆訪問ケア料（基本料金）1割負担の場合は1,285円、3割負担の場合は3,855円

上記の説明に対して、十分ご理解いただけたなら、以下の同意書に署名をお願いします。

１．上記の説明を受けました。そして、その内容について

　　□　わかりました。その上で納得して同意します。

　　□　わかりましたが、同意しません。

２．要望があれば記載してください

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（西暦）　　　年　　　月　　　日（署名記載日）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

（代諾者の場合、続柄　　 　　）

同席者

副本を受領しました。　　　　　　　　　　　　　受領者

※この説明同意書は記載された後でも意思の変更があればいつでも撤回することができます。