

専門・認定看護師、特定行為研修修了看護師 同行訪問 同意書

<利用者様用>

同行する看護師にチェックをしてください。

- がん看護専門看護師
- 緩和ケア認定看護師
- がん化学療法看護認定看護師
- 乳がん看護認定看護師
- 皮膚・排泄ケア認定看護師
- 【創傷管理関連】特定行為研修修了看護師

姫路赤十字病院の認定・専門看護師等が、あなたが利用している訪問看護ステーションの看護師とともに、お伺いしてケアをさせていただきます。

「専門・認定看護師、特定行為研修修了看護師の同行訪問 説明書」のとおり説明を受け、姫路赤十字病院の専門・認定看護師等による訪問と料金・交通費について承諾いただけましたら、署名をお願いします。

説明日 年 月 日

説明者所属機関

説明者氏名

- 私は、専門・認定看護師等の同行訪問について説明を受け、同意しました。

説明同意日： 年 月 日

利用者署名

住所

氏名

代筆者署名

住所

氏名

利用者との続柄()

※利用者ご自身による署名、ご家族の代筆による署名ができない場合、利用者・家族の意思を十分に確認したうえで、説明訪問看護師の代筆でも可とします。

姫路赤十字病院

専門・認定看護師、特定行為研修修了看護師 同行訪問 同意書

< 病院用 >

同行する看護師にチェックをしてください。

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> がん看護専門看護師 | <input type="checkbox"/> 緩和ケア認定看護師 |
| <input type="checkbox"/> がん化学療法看護認定看護師 | <input type="checkbox"/> 乳がん看護認定看護師 |
| <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア認定看護師 | |
| <input type="checkbox"/> 【創傷管理関連】特定行為研修修了看護師 | |

姫路赤十字病院の認定・専門看護師等が、あなたが利用している訪問看護ステーションの看護師とともに、お伺いしてケアをさせていただきます。

「専門・認定看護師、特定行為研修修了看護師の同行訪問 説明書」のとおり説明を受け、姫路赤十字病院の専門・認定看護師等による訪問と料金・交通費について承諾いただけましたら、署名をお願いします。

説明日 年 月 日

説明者所属機関 _____

説明者氏名 _____

私は、専門・認定看護師等の同行訪問について説明を受け、同意しました。

説明同意日： 年 月 日

利用者署名 住所 _____

氏名 _____

代筆者署名 住所 _____

氏名 _____

利用者との続柄()

※利用者ご自身による署名、ご家族の代筆による署名ができない場合、利用者・家族の意思を十分に確認したうえで、説明訪問看護師の代筆でも可とします。

姫路赤十字病院