

[様式 2 認定看護師同行訪問についての同意書]

(あて先) 明石市立市民病院 病院長

認定看護師同行訪問看護についての同意書

年 月 日 (説明日)

説明訪問看護師氏名： _____

明石市立市民病院の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）へ訪問看護師との同行を依頼します。なお、依頼にあたっては訪問看護による説明を受け、[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ことに同意します。

年 月 日

患者ご本人氏名（署名） _____

代筆者（署名）： _____

続柄： _____

※この同意書は、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等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、説明する訪問看護師の代筆でも可とします。