

大阪市立十三市民病院 病院長 殿

大阪市立十三市民病院 認定看護師同行訪問についての同意書

私は、より質の高い専門的な看護を通して、現在、私が抱える不安や悩みの軽減を図るため、大阪市立十三市民病院の専門性の高い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「大阪市立十三市民病院 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。

■ 説 明 日： 令和 年 月 日

■ 説明者氏名(訪問看護師)： _____

■ 承認医師名(かかりつけ医)： _____

承認医師欄 代筆者名： _____

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。

令和 年 月 日

患者ご本人氏名： _____

代 筆 者： _____ 続 柄： _____

代理人氏名： _____ 続 柄： _____

- この同意は、患者ご本人もしくは代理人の意思でいつでも撤回できます。
- 「患者ご本人氏名」欄は患者さまご自身が署名ください。
- ご本人の署名が難しい場合は、ご家族等代理の方の代筆をお願いします。また、その際は、「代筆者」欄に著名下さい。
- 代筆者が不在の場合は、患者の意思を十分確認の上、説明訪問看護師の代筆でも構いません。
- 患者ご本人の意思決定が困難な場合は、「代理人氏名」欄に著名下さい。