

[様式 1]

患者・家族→訪問看護ステーション・施設→国際医療福祉大学病院
【FAX 送信先】国際医療福祉大学病院 地域連携室 0287-38-2787

国際医療福祉大学病院 皮膚・排泄ケア認定看護師同行訪問 説明・同意書

国際医療福祉大学病院では、通院困難な患者様も在宅において、より良いケアを継続して受けられるよう、訪問看護師と認定看護師が協力して専門の看護ケアを受けられるよう同行訪問を行います。個人情報、本来の利用目的の範囲を超えて使用いたしません。

<対象>

1. ストーマを保有している方で、ストーマ管理に困っている方
2. 床ずれ（褥瘡）ができているが（真皮より深い褥瘡）ケア方法がわからない方

<ご利用料金>

1. 利用料金 1 割負担 1,290 円
 3 割負担 3,860 円※対象者の保険区分により変わります。

同行訪問の説明を受け、国際医療福祉大学病院の皮膚・排泄ケア認定看護師と訪問看護師が一緒に訪問すること、および所定の料金を支払うことにご理解いただけましたら、以下の同意書に署名をお願いいたします。

説明者所属機関 _____

説明日 年 月 日 説明者氏名 _____

1. 上記説明を受けました。そして、その内容について
わかりました。そのうえで納得して同意します。
わかりましたが、同意しません。

説明同意日 _____ 年 月 日

患者氏名 _____

代諾者 _____ 続柄

代諾理由 _____

同席者 _____ 続柄

副本を受領しました。受諾者 _____