

## 認定看護師在宅患者訪問看護に関する承諾書

年 月 日

事業所名: \_\_\_\_\_

説明者氏名: \_\_\_\_\_

大阪刀根山医療センターでは、ご自宅で療養中、通院が難しい方に、認定看護師が訪問看護師と一緒にご自宅に伺い、療養生活について相談や支援をさせていただき、専門的なケアが継続できるようお手伝いをさせていただきます。

ご利用にあたっては医療保険が1割負担の方の場合1,290円、3割負担の方の場合3,860円となります。交通費(実費)や駐車場代等は別途ご負担いただきます。

「認定看護師同行訪問看護に関する説明書」のとおり説明を受け、大阪刀根山医療センターの認定看護師が、訪問看護ステーションの看護師と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、承諾書に署名をお願いします。

-----

認定看護師同行訪問看護について説明を受け、承諾いたします。

年 月 日

本人氏名(署名) \_\_\_\_\_

代諾者(署名): \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)