**藤井会　香芝生喜病院長**

**認定看護師同行訪問看護についての同意書**

香芝生喜病院の専門性の高い看護師（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「認定看護師同行訪問看護についての説明書」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。

令和　　　年　　　月　　　日（説明日）

説明訪問看護師氏名：

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。

平成　　　年　　　月　　　日

患者ご本人氏名（署名）：

代筆者（署名）：　　　　　　　　　　　　　　　続柄：

　※この同意は、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、説明訪問看護　師の代筆でも可とします。