皮膚・排泄ケア認定看護師同行訪問に関する同意書

富士市立中央病院より認定看護師の同行訪問を依頼します。同行訪問に関する説明を理解し、同行訪問を受けることに同意いたします。

【ご本人またはご家族様】

記入日　　　　　　年　　　　月　　　　日

利用者名

代諾者名（ご本人が記入できない場合）　　　　　　　　　　　　　　　続柄

ご住所

【かかりつけ医療機関】

認定看護師の同行訪問に同意いたします。

病院名

医師名（自筆）

【説明看護師】

説明日　　　　　　年　　　　　月　　　　日

説明者（自筆）

事業所名