

## 緩和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します。

### 【ご本人またはご家族様】

利用者

代諾者（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（地筆）

### 【説明看護師】

説明日            年            月            日

説明者（自筆）

事業所名