

認定看護師同行訪問についての同意書

大垣市民病院の皮膚・排泄ケア認定看護師による訪問看護の同行訪問を依頼します。依頼にあたっては「認定看護師同行訪問についての説明書」の内容を確認した上で、認定看護師の同行訪問を受けることに同意します。

説明日 年 月 日

訪問看護事業所名： _____

説明者氏名 ： _____

 年 月 日

患者氏名（署名）： _____

代理人（署名） ： _____ 続柄： _____

<医療費の支払いについて>

医療費については、病院から請求書が郵送されたら、請求書到着 2 週間以内に銀行振り込み又はコンビニ払いで支払います。

- * 本同意書は、患者と事業所が署名します。
 - * 原本は訪問看護事業所が保管し、患者と大垣市民病院はコピーを補完します。
 - * 大垣市民病院は、電子カルテ内の診療録に同意書を取り込み保管します。
- 尚、コピーは個人情報に留意して取り扱い、使用後に破棄します。