**専門性の高い看護師の訪問を希望される患者様・利用者様・ご家族の方へ**

下記の同行訪問に関する説明を受け、記載内容を理解し、時計台記念病院の専門看護師（がん看護専門看護師）・認定看護師（緩和ケア認定看護師、皮膚排泄ケア認定看護師）の同行訪問を受けることに同意します。

・依頼往診医・訪問看護師と連携し、在宅療養をされている皆さまの住居へ訪問看護師と同一日に直接伺い、適切なケアの提供やご相談に対応します。

・同行訪問の日時は訪問看護師と相談し、調整させて頂きます。

・同行訪問を行うために必要な情報を訪問看護師より提供を受け、ケアの経過観察のために写真撮影をさせて頂く場合があります。個人情報の取り扱いには十分に注意いたします。

・ケアに必要な物品購入の相談をする場合がありますので、ご了承ください。

・住居への訪問は、保険診療での対応となり、必要に応じて交通費は別紙の通りに請求となります。

　　　　年　　月　　日

説明者

　所属：

　氏名：

　私は、専門看護師・認定看護師の同行訪問について説明を受け、同意しました。

　　　　年　　月　　日

住所：

氏名：

代筆者：　　　　　　　　　　　　　　　続柄：

同意書は、時計台記念病院の診療録に保管されます。