

在宅患者訪問看護（認定看護師同行訪問）に関する同意書

ご利用者に対して、医誠会病院の【同行訪問看護に関する説明書】に基づいて説明をいたしました。

年 月 日

事業所 住所 _____

名称 _____

説明者氏名 _____

私は、医誠会病院の在宅患者訪問看護（同行訪問看護）に関する説明書より、事業者から認定看護師の同行訪問看護について説明を受け、同意しました。

年 月 日

ご利用者 住所 _____

氏名 _____

（代理人） 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____