

特定医療法人久会 函南病院

## 緩和ケア 専門看護師訪問看護 同意書

平成 年 月 日

説明者所属機関： \_\_\_\_\_

説明者氏名： \_\_\_\_\_

函南病院では、患者さんの通院が困難な場合に、よりよい治療や介護の方法などを見直すために、緩和ケアに関連する専門看護師が訪問看護ステーションの看護師と一緒に訪問を行います。

月 1 回は訪問看護ステーションの看護師と専門看護師が協力し合うことで、専門のケアをご自宅で受けることができます。

ご利用にあっては、医療保険を使うことができます。利用料金として、3割負担の方の場合 3855 円 1割負担の方の場合 1285 円となります。なお、交通費（実費）は、別途ご負担いただきます。

「ご自宅で療養中の患者さんへ」のとおり説明を受け、函南病院の緩和ケアに関連する専門看護師が、訪問看護ステーションの看護師と一緒に訪問することおよび所定の料金を支払うことにご理解いただけましたら、以下の同意書に署名をお願いします。

説明同意日：平成 年 月 日

1. 上記説明を受けました。そして、その内容について

わかりました。その上で納得して同意します。

わかりましたが、同意しません。

2. 要望（ \_\_\_\_\_ ）

患者氏名：

代諾者： \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

代諾理由：未成年 意識障害 その他（ \_\_\_\_\_ ）

同席者： \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

副本を受領しました。受領者：