

## 認定看護師同行訪問に関する同意書

那須中央病院より褥瘡・ストーマケアにおける皮膚・排泄ケア認定看護師の同行訪問を依頼します。患者様・ご家族様は認定看護師の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いたします。

### 【本人またはご家族様】

記入日                      年              月              日

本人またはご家族名

\_\_\_\_\_ (続柄 : \_\_\_\_\_)

ご住所 : \_\_\_\_\_

### 【訪問看護師説明者】

説明日                      年              月              日

説明者 : \_\_\_\_\_

事業所名 : \_\_\_\_\_

ご住所 : \_\_\_\_\_

那須中央病院