

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