

天草地域医療センター 認定看護師同行訪問についての同意書

天草地域医療センターの認定看護師へ訪問看護との同行を依頼します。なお、依頼にあたっては、「天草地域医療センター 認定看護師同行訪問についての説明書」の記載事項を理解し、認定看護師の同行訪問を受けることに同意します。

説明日： 年 月 日

説明者氏名（訪問看護師）： _____

私は、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。

記入日： 年 月 日

利用者本人： _____

代筆者： _____

続柄： _____

代理人氏名： _____

続柄： _____

※同意をいただいた後でも、いつでも同意を撤回することが可能です。

※「利用者本人」欄は利用者ご自身が署名ください。

※**ご本人の署名が難しい場合は**、ご家族等代理の方の代筆をお願いします。その際は「代筆者」欄に署名ください。

※代筆者が不在の場合は、ご本人の意思を十分確認の上、説明訪問看護師の代筆でも構いません。

※**ご本人の意思決定が困難な場合は**、「代理人氏名」欄に署名ください。

【お問い合わせ】天草地域医療センター 地域医療連携センター

TEL：0969-24-4125（直通）

FAX：0969-23-4086