

在宅患者訪問看護・指導に関する説明・同意書

私は、_____様のご自宅に訪問看護師と一緒に訪問させていただく事について下記の通り説明致しました。

【説明内容】

1, 目的

- ・自宅での療養に支障をきたしていること（褥瘡、痛みなどの症状）に対して、専門知識を持つ認定看護師が実際に自宅での様子をみさせていただいて、訪問看護師と一緒にそれぞれの患者さまや家庭の状況にあわせた、より良い方法を考えていきます。苦痛が軽減できるようにつとめていきます。

2, 方法

- ・訪問看護師と一緒に時間に訪問させていただきます。
- ・お家の方にもお話を伺いたいのので、できればご自宅にいていただきたいです。

3, 会計

- ・専門の看護師が訪問することで、診療報酬に従い福島生協病院からも医療費の請求（交通費は、1 km あたり 37 円（消費税込み）含む）をさせていただきます。健康保険の1割負担 1,290 円、2割負担 2,570 円、3割 3,860 円となります。請求については、医事課より後日電話連絡をさせていただきます。（会計する際は保険証をご持参下さい）

説明年月日 平成 年 月 日

説明を行なったもの

⑩

同意書

私は、上記の在宅訪問看護・指導に関する説明を受け、福島生協病院の認定看護師の訪問を受けることを同意します。

平成 年 月 日

患者氏名 _____

家族等氏名 _____

住所 _____

患者との続柄（父母、配偶者、兄弟姉妹、保護義務者、法定代理人、その他）