【訪問看護ステーション用】

**「専門・認定看護師同行訪問看護」についての同意書**

訪問看護ステーション管理者　様

岩手医科大学附属内丸メディカルセンターの専門性の高い看護師（皮膚・排泄ケア認定看護師）の訪問看護の同行を依頼します。

なお、依頼にあたっては「専門・認定看護師同行訪問看護についての説明書」の記載事項を理解し、専門・認定看護師の同行訪問をうけることに同意します。

年　　　月　　　日

説明者

施設名：

氏　名：

私は、「専門・認定看護師同行訪問看護」について説明を受け、同意しました。

年　　月　　日

利用者氏名（署名）:

代　筆　者（署名）：　　　　　　　　　　　　　　 　　　 続柄：

【利用者様用】

**「専門・認定看護師同行訪問看護」についての同意書**

訪問看護ステーション管理者　様

岩手医科大学附属内丸メディカルセンターの専門性の高い看護師（皮膚・排泄ケア認定看護師）の訪問看護の同行を依頼します。

なお、依頼にあたっては「専門・認定看護師同行訪問看護についての説明書」の記載事項を理解し、専門・認定看護師の同行訪問をうけることに同意します。

年　　　月　　　日

説明者

施設名：

氏　名：

私は、「専門・認定看護師同行訪問看護」について説明を受け、同意しました。

年　　月　　日

利用者氏名（署名）:

代　筆　者（署名）：　　　　　　　　　　　　　　 　　　 続柄：