

(あて先) 市立大村市民病院長

### 認定看護師同行訪問看護についての同意書

市立大村市民病院の皮膚・排泄ケア認定看護師へ訪問看護師との同行を依頼します。  
なお、依頼にあたっては「皮膚・排泄ケア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。

令和 年 月 日 (説明日)

説明訪問看護師氏名 \_\_\_\_\_

私は、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。

令和 年 月 日

患者ご本人氏名 (署名): \_\_\_\_\_

代筆者 (署名): \_\_\_\_\_

続柄: \_\_\_\_\_

※この同意は、患者ご本人の意思でいつでも撤回できます。

※「患者ご本人氏名」欄は患者ご自身が署名ください。

※患者ご本人の署名が難しい場合はご家族の代筆をお願いします。

※ご家族の代筆ができない場合は患者の意思を十分確認の上、説明訪問看護師の代筆  
でも可能とします。