

## 同行訪問（在宅患者訪問看護・指導料 3）同意書

※同意されましたら、□に☑（チェック）をご記入ください

- 同行訪問（在宅患者訪問看護・指導料 3）の説明を受け、実施に同意します
- 同行訪問にかかる費用（医療費＋交通費実費）の支払いに同意します
- 「当センターにおける個人情報の利用目的」について説明を受け、内容に同意します
- 訪問時、必要に応じて患部の写真撮影を行う場合があることに同意します

（西暦）                      年                      月                      日

<患者・家族署名欄>

患者名： \_\_\_\_\_（診察券 ID： \_\_\_\_\_）

代諾者名： \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）

<説明者署名欄>

施設名： \_\_\_\_\_

説明者名： \_\_\_\_\_

同意書署名は 2 枚いただき、1 枚を訪問当日に当センターの訪問担当者にお渡しく下さい