

特定行為研修を修了した看護師による専門的管理に関する同意書

患者様控

【カナ氏名】 _____ 【生年月日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日
【患者氏名】 _____ 【性別】 _____ 男 ・ 女
【説明医師】 _____ 【説明日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記

私は、「特定行為研修を修了した看護師による専門的管理」について、以下の説明を受け同意いたします。

1. 通常の訪問診療・訪問看護に加え _____ に関して特定行為研修を修了した看護師による専門的管理を受けることができます。

2. 「特定行為研修を修了した看護師による専門的管理」利用にあたり、料金は通常の訪問看護利用料以外に以下の料金がかかります。また、実施内容によっては加算料金があります。

【料金表】

負担割合	基本料金	加算料金
1割	830円	520円
2割	1,660円	1,040円
3割	2,490円	1,560円

交通費は別途ご負担願います。

利用料は、後日武蔵野赤十字病院より請求書をお送りいたします。

振込手数料はご利用者のご負担をお願いいたします。

3. 個人情報の取り扱いについて

- 1) 武蔵野赤十字病院の個人情報保護方針を履行いたします。
- 2) 正当な理由がなく業務上知り得た患者さんおよびご家族の秘密を漏らしません。

*なお、ご不明な点やご相談は担当医・担当看護師までお願いいたします。

(署名日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

武蔵野赤十字病院
院長 黒崎 雅之 宛

患者ご本人署名 _____

他の同意者署名 _____ 患者との続柄 (_____)

- ・上記についての説明をご家族の方もお聞きになった場合には、ご署名をお願いします。(ご家族の範囲については、原則として、配偶者、父母、子、兄弟(姉妹)、孫、祖父母、その他同居家族とします。)
- ・ご本人からの了解を得ることが困難であるときには、他の同意者の了解を持ってこれに代えさせていただきます。(患者様が未成年の場合は親権者とします。)
- ・患者様は同意書を提出した後でも、同意を撤回することができます。また、同意を撤回することによって患者様が不利益を被ることはありません。

