

在宅患者訪問看護・指導同意書

皮膚・排泄ケア認定看護師と訪問看護師が同行すること及び料金について説明を受け、同意します。

患者氏名	生年月日 年 月 日 (歳)
患者住所	電話 () -
同意者氏名	(続柄)
申込日	年 月 日
申込み理由	
病院から 自宅までの 交通経路	
訪問日 同行者	訪問日： 年 月 日 () 時間： 同行者：

* 太枠内は、皮膚・排泄ケア認定看護師が記載