

# 認定看護師同行訪問看護に関する説明書及び同意書

三田市民病院では、当院の皮膚・排泄ケア認定看護師が訪問看護ステーションの看護師と一緒に自宅に直接伺い、適切な看護・介護ケアの提案やご相談に応じます。

## ◇皮膚・排泄ケア認定看護師とは

創傷(床ずれなど)・ストーマ(人工肛門・人工膀胱・瘻孔)・失禁(便や尿のコントロール)ケアの看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる看護師

## 【利用料金について】

・12,850円/回(月1回の請求)

利用者様の月額負担金額 (1割負担 1,290円 / 2割負担 2,570円 / 3割負担 3,860円)

・医療保険が適用となります。(お支払い方法については、訪問当日ご案内させていただきます)

## 【個人情報の取扱いについて】

- 1) 業務上知りえた利用者様及びご家族の個人情報については、三田市民病院「個人情報保護方針」及び「個人情報保護規定」により保護されます。
- 2) 利用者様が医療上必要がある場合や担当者会議などで必要がある場合に限り、必要範囲内で利用者様及びご家族の個人情報を用います。
- 3) 医療費請求のため、訪問看護ステーションの事業所及び施設等に、健康保険被保険者証等の情報提供依頼を行う場合があります。

## 【注意事項】

- 1) 訪問させていただくのは看護師です。医師に代わって医療行為を行うことはありません。
- 2) 局所処置に関しては褥瘡の状態をよく観察し、検討した上で、訪問看護師経由で在宅担当医師に報告させて頂き、指示を受けて対応することになります。
- 3) ケアの経過観察のために、患部の写真撮影を行う場合があります。
- 4) 今後の看護及び地域連携の発展に向けた研究並びに調査にご協力をお願いする場合があります。

説明日 年 月 日

事業所又は施設名: 説明者

三田市民病院(※):

(※ 訪問日に、訪問した看護師が記入します)

三田市民病院 病院長殿

私は、上記内容のとおり、認定看護師同行訪問看護について説明を受け、理解しました。  
よって、三田市民病院の認定看護師の訪問を受けること、所定の料金を支払うことに同意します。

年 月 日

ご本人 氏名

※ご本人様が未成年又は意志を表明できない方の場合

親族又は代理人 氏名 (続柄)

親族又は代理人 住所 〒 電話

