　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2022.10

様式3　同行訪問（同意書）

（あて先）獨協医科大学埼玉医療センター　病院長（看護部長）

**認定看護師による同行訪問看護についての同意書**

　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日（説明日）

説明訪問看護師氏名：

獨協医科大学埼玉医療センターの専門性の高い看護師（皮膚・排泄ケア認定看護師

緩和ケア認定看護師等）へ訪問看護師との同行を依頼します。

なお、依頼に当たっては訪問看護師による説明を受け「認定看護師による同行訪問看護

についての説明」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。

　　　　　　　　　年　　　　月　　　　　日

利用者氏名（署名）

代筆者　　（署名）　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）