**在宅患者訪問看護（同行訪問看護）に関する説明書**

様式1

善衆会病院では、現在訪問看護を受けていらっしゃる方を対象に、当院の皮膚・排泄ケア認定看護師が担当訪問看護師さんと一緒にご自宅に伺い、療養生活のお手伝いをさせて頂いております。

１．対象になる患者さん

① 真皮を越える褥瘡の状態にある方

② 人工肛門もしくは人工膀胱を造設している方

２．在宅患者訪問看護（同行訪問看護）の内容

① 褥瘡の改善に向けて、必要な処置や指導を実施させて頂きます。

② 日々の管理において困難に感じている点についてご相談を受け、解決に向けたお手伝いをさせて頂きます。

３．利用料について

（1） 在宅患者訪問看護・指導料は健康保険の区分による負担となります。

・自己負担額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1割負担の場合 | 2割負担の場合 | 3割負担の場合 |
| 1,290円 | 2,570円 | 3,860円 |

（2）請求書は後日郵送いたします。請求書がお手元に届きましたら、期限内に病院会計窓口にてお支払いください。

４．問い合わせ先

善衆会病院　地域医療連携室

TEL：027-289-8854（直通）　／　FAX：027-289-8910（直通）

医療法人社団善衆会　善衆会病院

（本人用）

様式2

**在宅患者訪問看護（同行訪問看護）に関する同意書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

善衆会病院の皮膚・排泄ケア認定看護師の訪問看護の同行を依頼しています。

患者さん（利用者さん）に対して、「在宅患者訪問看護（同行訪問看護）に関する説明書」に基づき、１～4の項目について説明しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 説明日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 事業所所在地 |  |
| 名称 |  |
| 説明者氏名 |  |

私は、「在宅患者訪問看護（同行訪問看護）に関する説明書」により、事業者から在宅患者訪問看護（同行訪問看護）について説明を受け、同意しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 説明日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 利用者住所 |  |
| 利用者氏名 |  |
| （代理人）住所 |  |
| （代理人）氏名 |  |

＊ 本同意書は、患者さん（利用者さん）と事業者が署名の上1 通ずつ保管し、

善衆会病院においてはコピーを保管します。

（訪問看護ST・善衆会病院用）

様式3

**在宅患者訪問看護（同行訪問看護）に関する同意書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

善衆会病院の皮膚・排泄ケア認定看護師の訪問看護の同行を依頼しています。

患者さん（利用者さん）に対して、「在宅患者訪問看護（同行訪問看護）に関する説明書」に基づき、１～4の項目について説明しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 説明日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 事業所所在地 |  |
| 名称 |  |
| 説明者氏名 |  |

私は、「在宅患者訪問看護（同行訪問看護）に関する説明書」により、事業者から在宅患者訪問看護（同行訪問看護）について説明を受け、同意しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 説明日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 利用者住所 |  |
| 利用者氏名 |  |
| （代理人）住所 |  |
| （代理人）氏名 |  |

＊ 本同意書は、患者さん（利用者さん）と事業者が署名の上1 通ずつ保管し、

善衆会病院においてはコピーを保管します。

|  |
| --- |
| 病院使用欄  ID：　　　　　　　　　　　訪問日：　　　　　　　　　　訪問者：小笠原雅巳 |