**在宅患者訪問看護・指導に関する説明・同意書（同行訪問）**

　ID

　私は、　　　　　　　　　様のご自宅に認定看護師と一緒に訪問させていただく事について下記の通り説明致しました。

【説明内容】

1. 目的

　自宅での療養に支障をきたしていること（褥創、痛み、人工肛門等などの症状）に対して、専門知識を持つ認定看護師に実際に自宅での様子を見ていただき、それぞれの患者さまや家庭の状況にあわせた、より良い方法をいっしょに考えていきます。苦痛が軽減できるように努めていきます。

1. 方法

認定看護師と一緒の時間に訪問させていただきます。

お家の方にもお話しを伺いたいので、できればお家にいていただきたいです。

３．焼津市立病院への会計について

専門の看護師が訪問することで、診療報酬に従い焼津市立総合病院からも医療費の請求（交通費は１kmあたり37円（消費税込み）を含む）健康保険の1割負担1,285円させていただきます。2割負担2,570円、3割負担3,855円

となります。請求については医事課より後日電話連絡させていただきます。（会計をする際は、保険証を持参下さい）

説明日　　令和　　　年　　　月　　　日

説明者

**同意書**

私は、上記の在宅訪問看護・指導に関する説明を受け、焼津市立総合病院の認定看護師と訪問看護師が一緒に訪問することに同意します。

　　令和　　　年　　　月　　　日

　　患者氏名

　　家族等氏名

　　住所

　　患者との続柄（父母、配偶者、兄弟姉妹、保護義務者　法廷代理人、その他）