

訪問看護ステーション 看護の力

皮膚・排泄ケア認定看護師による同行訪問に関する同意書

利用者様に対して、訪問看護ステーション 看護の力の「皮膚・排泄ケア認定看護師による同行訪問のご案内」に基づいて説明をしました

令和 年 月 日

事業所 住所

名称

説明者氏名

私は、訪問看護ステーション 看護の力からの「皮膚・排泄ケア認定看護師による同行訪問のご案内」により、事業者から皮膚・排泄ケア認定看護師の同行訪問について説明を受け、同意しました。

利用者 住所

氏名

(代理人) 住所

氏名

* 本同意書は、利用者様と事業者が署名の上、原本は利用者様が保管し、コピーを事業所と訪問看護ステーション看護の力で保有します。