

横浜市立みなと赤十字病院
認定看護師の同行訪問に関する説明書・同意書

通院困難な利用者さんに対して、直接ご自宅に訪問し、皮膚・排泄ケア認定看護師、がん領域の認定看護師が訪問看護師さんと同行し、専門性の高い看護を提供、支援いたします。

1. 対象になる患者さん：通院ができない事が条件で、以下に当てはまる方
- ・がん患者さん痛み止めを使用しているもしくは化学療法を行っている方で、痛みが辛い、睡眠がとれない、気分が落ち着かない、薬の副作用があるなど
 - ・深い褥瘡(床ずれ)がある方
 - ・人工肛門もしくは人工膀胱があり、管理が困難な状況な方

2. 利用料について

(1)基本料金 1回 12850円

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。

1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
1285円	2570円	3855円

(2)交通費は別でかかります。(公共交通機関を利用します)

(3)請求書は後日郵送いたします。請求書が届きましたら、期限内にお支払ください。病院会計窓口または振込をご利用ください。

3. 個人情報の取り扱いについて

- (1)正当な理由がなく業務上知り得た患者さんおよびご家族の秘密を漏らしません。
- (2)患者さんを医療上緊急の必要がある場合、必要な範囲内で患者さんおよびご家族の個人情報を用います。
- (3)横浜市立みなと赤十字病院において、カルテを作成いたします。その為、保険証などのコピーをさせていただきます。

4. 問い合わせ先

横浜市立みなと赤十字病院 医療連携センター 療養・福祉相談室
TEL：045-628-6317（直通） FAX：045-628-6367（直通）

説明日： 年 月 日

事業所名 _____ 説明者 _____

同行訪問同意書

私は、横浜市立みなと赤十字病院同行訪問看護に関する説明を受け、同意しました。

年 月 日

利用者名 _____

親族・代理人氏名 _____ 利用者との続柄 _____