

## 埼玉県立がんセンター認定看護師 同行訪問 同意書

|                     |                                        |                |         |
|---------------------|----------------------------------------|----------------|---------|
| フリガナ                |                                        | 生年月日・年齢        | 性別      |
| 利用者氏名               |                                        | 明治 ・大正 ・昭和 ・平成 | 男       |
| 埼玉県立がんセンター<br>診察券番号 |                                        | 年 月 日 ( )歳     | ・<br>女  |
| 現住所(訪問先)            | 〒                                      |                |         |
| 電話番号                | (自宅)                                   | (携帯)           |         |
| 訪問希望目的              | 褥瘡(とこずれ)の対応 ・人工肛門、人工膀胱の対応 ・痛みの対応 ・緩和ケア |                |         |
| 決定訪問日               | 令和                                     | 年              | 月 日 ( ) |

別紙の通り同行訪問に関する説明を受け、埼玉県立がんセンターの認定看護師が、担当の訪問看護師と一緒に訪問すること、また同行訪問にかかる所定の利用料金を支払うことに同意します。

令和 年 月 日

同意者氏名： 続柄：

受領者：事業所名： 担当者名：

訪問看護師名：

埼玉県立がんセンター  
〒362-0806  
埼玉県北足立郡伊奈町小室780番地  
【電話】048-722-1111  
【FAX】048-722-1129