

様式 1 同行訪問（依頼書）

認定看護師による同行訪問看護 依頼書

宛先：厚木市立病院 患者支援センター行

Fax：046（294）3335（患者支援センター専用）

依頼元施設	事業所名		管理者名	
	担当看護師名			
	連絡先 TEL		FAX	

患者情報	フリガナ		生年月日	大・昭・平・令
	氏名			年 月 日
	病名		性別	
	住所			
	TEL		駐車スペース	無・有
	緊急連絡先			
	医療機関名		担当医師	
	意思確認 (確認済 <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 利用者・家族が同行訪問を承諾している <input type="checkbox"/> 電子カルテ作成を承諾している <input type="checkbox"/> 担当者より了承を得ている <input type="checkbox"/> （公費受給者の場合）公費適応の有無		
	介護保険利用の有無	無 有（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5）		
	当院受診の有無	無 有（当院 I D）		

依頼目的	<input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> がん化学療法中のケア
依頼内容	<input type="checkbox"/> 過去に利用あり
希望日時	第 1 希望 年 月 日 () 開始時間 : 頃 第 2 希望 年 月 日 () 開始時間 : 頃
支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 病院で支払い

※上記内容を記入し FAX を送付ください。担当者より折り返し連絡させていただきます

※対象は在宅患者訪問看護・指導料 3 を算定可能な方に限ります。

※訪問当日の必要書類

様式 1・3

保険証（公費受給者証、自己負担額管理表、限度額認定証など）の複写

訪問看護計画表

後日

訪問看護報告書（同行訪問終了後、後日郵送ください）

様式2 同行訪問（利用者説明書）

認定看護師による同行訪問看護についての説明書

1. 認定看護師による同行訪問について

認定看護師とは、看護ケアの特定の分野に関する専門的知識・技術を持った看護師です。在宅で療養されている対象者に対し、担当している訪問看護師と一緒に自宅へ訪問し適切な看護・介護の提案や相談に応じます。なお、同行訪問は対象者やご家族および主治医の同意のもとに行います。

2. 対象となる方について

- 1) 褥瘡（床ずれ）ができた。よくなるしない方・・・皮膚・排泄ケア認定看護師
 - 2) 人工肛門や人工膀胱の管理が困難な方・・・皮膚・排泄ケア認定看護師
 - 3) 悪性腫瘍の化学療法を行い症状が辛い方・・・がん化学療法看護認定看護師
- ※いずれも在宅療養中の通院が困難な方になります。

3. 利用料について

- 1) 医療保険の区分による負担額の算定のため、保険証・受給者証等の確認をさせていただきますので、コピーをご準備ください。

（参考）利用者負担 1割負担：1,290円 2割負担：2,570円 3割負担：3,860円

2) 支払い方法について

①厚木市立病院の会計での支払い

②銀行振込

※請求金額については、請求書を郵送、もしくはお電話にて金額をお知らせします。

4. 同行訪問が可能な曜日および時間

月曜日から金曜日の平日 9:00～16:00（要相談）

5. 個人情報の保護について

- 1) 正当な理由なく、その業務で知り得た利用者および家族の秘密は洩らしません。
- 2) 医療上緊急の必要がある場合、または担当者会議などで必要がある場合に限り、必要な範囲内で利用者または、家族の個人情報を用います。

6. 事故発生時の対応

訪問中に発生した場合は利用者に対し、応急処置を実施後、家族、主治医、自施設の管理者に報告させていただきます。事故発生時は、その状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明、再発防止のための対策を講じます。

7. その他

当院に受診歴がない方は、この同行訪問看護を受けるにあたり、当院の登録番号が発行され、電子カルテが作成されます。

8. 同行訪問看護に関するお問い合わせ

厚木市立病院 患者支援センター 担当 多田

電話：046（221）1570（代） FAX：046（294）3335

認定看護師による同行訪問看護同意書

厚木市立病院の認定看護師（皮膚・排泄ケア認定看護師、がん化学療法看護認定看護師）が訪問看護師と同行するにあたり、「認定看護師による同行訪問看護についての説明書（様式2）」の記載事項について説明しました。

説明日：令和 年 月 日

訪問看護事業所： _____

説明者： _____

厚木市立病院長 あて

私は、上記について説明を受け、理解しましたので、同行訪問看護に同意します。

令和 年 月 日

利用者（署名） _____

または
代諾者（署名） _____

利用者との関係（ _____ ）

※本人が未成年または署名できない場合などにご記入ください