

在宅患者訪問看護・指導料に関する説明及び同意書

【目的】

在宅患者訪問看護指導は、患者さんご家族に対して、安心、安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするための制度になります。在宅療養をされている患者さんに対して、皮膚・排泄ケア認定看護師、もしくはがん看護領域の専門・認定看護師が訪問看護ステーションの看護師と同一日に訪問をすることで、連携して支援をさせていただきます。

【方法】

訪問看護ステーションの看護師がかかりつけ医師に相談し、指示を受けた専門・認定看護師が患者さんのご自宅に訪問させていただきます。訪問看護ステーションの看護師と同一日に訪問させていただきますのでご了承ください。なるべく、訪問の際はご家族の方もご在宅のご協力をお願いいたします。

【費用】

訪問看護ステーションの看護師と同一日の訪問

○在宅患者訪問看護・指導料 3 1,285 点

(1 割 1,290 円 2 割 2,570 円 3 割 3,860 円) を負担 (税抜表示・1 円単位切捨て)

* 訪問の際に発生する交通費は実費にて請求いたします。(徒歩、自転車利用を除く)

□2km まで 400 円 □~5km まで 500 円 □~10km まで 600 円 □10km 超 別途

* 医療費の支払いは訪問後に当院の会計窓口でのお支払い、もしくは振り込み用紙を送付いたしますので、到着後は速やかにご入金いただきたいと存じます。

* 記録のため写真撮影させていただくことがあります。当院の個人情報管理の規則に則り管理させていただきます。

令和 年 月 日

説明担当看護師氏名 _____

同意書

上記の在宅患者訪問看護・指導を受け、横浜栄共済病院の皮膚・排泄ケア看護師もしくはがん領域の専門・認定看護師が訪問看護ステーションの看護師との同一日の訪問を受けることに同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ (印)

家族氏名 _____ (印) (続柄)

住 所 〒 _____ (印) _____)