

むつ総合病院

認定看護師同行訪問看護に関する様式（利用方法）

【様式1】認定看護師同行訪問看護に関する説明書

同行訪問看護について患者・家族への説明にご利用下さい。

【様式2-1】認定看護師同行訪問看護に関する同意書（本人用）

ご記入・サインをいただき、本人へお渡し下さい。

【様式2-2】認定看護師同行訪問看護に関する同意書（訪問看護ST・むつ病用）

ご記入・サインをいただきましたら1通コピーしていただき、コピーを同行訪問当日に当院
看護師にお渡し下さい。原簿は訪問看護ステーション様で保有してください。

【様式3】認定看護師同行訪問看護依頼書

ご記入の上、当院の地域連携部にFAXしてください。FAX：0175-23-7718

お問合せ先：むつ総合病院 地域連携部

電話0175-22-2111（内線）3352

むつ総合病院 認定看護師による同行訪問看護の説明書

当院認定看護師がむつ市内の訪問看護ステーションの看護師と一緒にご自宅へうかがい、専門的な看護の提案や、ケアの提供、また療養生活のご相談に応じます。

訪問看護師とともに訪問することで、専門的ケアを継続して提供することができます。

認定看護師とは、専門の研修を受け、看護ケアにおいて、熟練した看護技術と知識があると認められた看護師をいいます。

1. 対象になる患者さん

- ① 緩和ケア認定看護師への依頼の場合
 - ・ がんの痛みによって鎮痛剤を使用している方
 - ・ 痛み以外につらい症状が出現している方
- ② 皮膚・排泄ケア認定看護師への依頼の場合
 - ・ 深い褥瘡(床ずれ)でお困りの方
 - ・ 人工肛門や人工膀胱の管理でお困りの方
- ③ がん化学療法看護認定看護師への依頼の場合
 - ・ 化学療法の副作用による、つらい症状でお困りの方

2. 認定看護師による同行訪問の日時

日時は利用者さん、ご家族、訪問看護師と相談し調整します。

3. 同行訪問の移動手段

病院公用車で自宅に訪問します。交通費は自費(消費税込み)となります。

料金(片道)：	旧むつ市内	・・・	220 円	(税込み)
	10～19Km	・・・	550 円	(税込み)
	20～29Km	・・・	605 円	(税込み)
	30～39Km	・・・	660 円	(税込み)
	40～49Km	・・・	770 円	(税込み)
	50～59Km	・・・	825 円	(税込み)

4. 利用料について

1) 健康保険の区分による負担となります。

基本料金 12,850 円

1 割負担の場合	2 割負担の場合	3 割負担の場合
1,290 円	2,570 円	3,860 円

2) 料金の支払いについて

訪問後、7 日以内に当院の会計窓口にお支払いください。

その際、保険証を持参してください。料金納入通知書は訪問日の翌日以降に会計窓口にて、お受け取りできるようにいたします。

5. 同行訪問看護の利用方法

訪問看護師から依頼があった場合、患者さんやご家族の希望・同意を前提に、主治医の指示を得てから行います。

6. 同行訪問看護の流れ

訪問看護師と月1回訪問します。また認定看護師による同行訪問の終了を希望する場合は、訪問看護師にご相談ください。

7. お薬や処置について

- 1) 患者さんのお薬は主治医から出された処方箋にて、院外調剤薬局などからお受け取りください。
- 2) 処置については、主治医の指示により行い、創傷被覆材などの診療材料は医療保険の区分による負担となります。

8. 個人情報の保護について

- 1) むつ総合病院の職員は、正当な理由がなくその業務上知り得た患者さん、及びご家族の秘密を漏らしません。
- 2) むつ総合病院では、患者さんの医療上緊急の必要がある場合、必要な範囲で患者さん及びご家族の個人情報を用います。

9. 事故発生時の対応方法

- 1) 訪問看護中に事故が発生した場合は、患者さんに対し応急処置を行い、主治医への報告措置を講じ、速やかにご家族へ連絡を行います。
- 2) 事故の状況及び、事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、事故発生防止のための対策を講じます。

10. その他

ご利用に関する相談、問い合わせ先

むつ総合病院 地域連携部

電話番号 0175-22-2111 (内線 3352)

(月～金曜日、受付時間 8:30～17:00)

* ご不明な点は、いつでもお問い合わせください。

(様式2-1)

むつ総合病院
認定看護師による同行訪問看護の同意書

(本人用)

様

むつ総合病院の専門の研修を受けた看護師（がん化学療法看護認定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師、緩和ケア認定看護師）の訪問看護の同行を依頼しています。

患者さんに対して、むつ総合病院同行訪問看護に関する説明書に基づいて、1～10の項目について説明しました。

西暦 年 月 日

事業所 所在地

名称

説明者氏名

私は、むつ総合病院認定看護師による同行訪問に関する説明書により、事業者から同行訪問について説明を受け、同意しました。

患者さん 住所

氏名

(代理人) 住所

氏名

* 本同意書は、患者さんと事業者が署名の上、患者さんもしくはご家族が保有してください。

(様式 2 - 2)

むつ総合病院
認定看護師による同行訪問看護の同意書

(訪問看護 ST・むつ総合病院用)

様

むつ総合病院の専門の研修を受けた看護師（がん化学療法看護認定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師、緩和ケア認定看護師）の訪問看護の同行を依頼しています。

患者さんに対して、むつ総合病院同行訪問看護に関する説明書に基づいて、1～10の項目について説明しました。

西暦 年 月 日

事業所 所在地

名称

説明者氏名

私は、むつ総合病院認定看護師による同行訪問に関する説明書により、事業者から同行訪問について説明を受け、同意しました。

患者さん 住所

氏名

(代理人) 住所

氏名

*本同意書は、患者さんと事業者が署名の上、訪問看護 ST が保有してください。
むつ総合病院においては、コピーを保有・電子カルテに保存します。

認定看護師による同行訪問看護依頼書 (様式3)

むつ総合病院
地域連携部

FAX : 0175-23-7718

訪問看護 ステーション	名称				
	依頼者				
	連絡先	TEL		FAX	
		e-mail		携帯番号	
在宅主治医名	(医療機関名)				
同意	<input type="checkbox"/> 患者さんご家族が同行訪問を了承している <input type="checkbox"/> 主治医の了解を得られている				
患者背景	ふりがな		生年月日	西暦	
	氏名			年 月 日 ()才	
	病名		性別	男 女	
	住所				
	介護保険の有無	無 有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)			
	当院の受診歴	無 有			
依頼内容	がん化学療法	<input type="checkbox"/> がん化学療法における副作用対策			
	皮膚・排泄ケア	<input type="checkbox"/> 真皮を超える褥瘡(床ずれ)のある方へのケア <input type="checkbox"/> 人工肛門や人工膀胱ケア			
	緩和ケア	<input type="checkbox"/> がんの痛みの緩和と日常生活指導 <input type="checkbox"/> 鎮痛薬の副作用対策 <input type="checkbox"/> 呼吸困難、全身倦怠感、浮腫などの苦痛症状緩和 <input type="checkbox"/> 不安・悲嘆へのケア <input type="checkbox"/> 家族の喪失感と悲嘆のケア <input type="checkbox"/> 意思決定支援			
	その他	<input type="checkbox"/> その他(具体的な内容:)			
希望日時	第1希望	月 日 ()	時 分頃		
	第2希望	月 日 ()	時 分頃		

保険	保険者番号		記号		番号	
	被保険者氏名		区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		
	公費負担者番号		自己負担割合			
	公費受給者番号		<input type="checkbox"/> 0割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割			