

(介護保険) 緊急時訪問看護及び介護予防緊急時訪問看護

(医療保険) 24 時間対応体制加算

同意書

私は、担当職員から緊急時訪問看護及び介護予防緊急時訪問看護、又は
24 時間対応体制の説明を受け、利用することに同意します。

終末期においては、主治医との連携のもと実施される訪問看護計画及び
支援体制の整備について説明を受けました。

ターミナルケアを受けることに、

同意します。

同意しません。

年 月 日

社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部大阪府済生会千里病院訪問看護ステーション
管理者 前川 美雪 様

利用者住所 _____

利用者氏名 _____

署名代行人
住所 _____

氏名 _____

続柄 _____