

在宅患者訪問看護・指導料を活用した共同訪問同意書

●目的

診療所・訪問看護ステーションからの要請に基づき、緩和ケア・褥瘡ケア・人工肛門ケア・人工膀胱ケアの必要な在宅療養患者さんを支援することを目的に実施する。

●共同訪問にて指導する内容

該当	共同訪問による指導する患者像
<input type="checkbox"/>	悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者
<input type="checkbox"/>	真皮を越える褥瘡状態にある患者
<input type="checkbox"/>	人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者

●個人情報使用にあたっての条件

個人情報の提供は、前述した目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払います。

在宅医療で管理する本人及びご家族の個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。

●料金の支払い

後日、東海中央病院より請求書を郵送させていただきますので、到着後 10 日以内に、東海中央病院会計窓口にてお支払いください。

費用

該当	医療保険負担割合	金額
<input type="checkbox"/>	1割負担の方	1, 285円
<input type="checkbox"/>	2割負担の方	2, 570円
<input type="checkbox"/>	3割負担の方	3, 855円

交通費（実費負担）

該当	距離	金額（往復）
<input type="checkbox"/>	10km以内	200円
<input type="checkbox"/>	10km～20km以内	400円

距離数：東海中央病院から訪問先までの距離となります。

在宅患者訪問看護・指導料を活用した共同訪問について、説明者から内容の説明を受けました。

在宅患者訪問看護・指導料を活用した共同訪問にて指導を受けることについて同意します。

年 月 日

●患者

住所 _____

氏名 _____ 印

●患者家族の代表者

住所 _____

氏名 (続柄) _____ 印