訪問診療同意書

私は、訪問診療に関わる下記の内容について説明を受け、医療法人生寿会かわな病院の実施する訪問診療に同意します。また、担当医師の判断により、必要に応じて採血等の検査を行うことや薬の変更を行うことに同意いたします。必要に応じてICTツールなども活用し連携医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、入居施設の看護スタッフ等に私の情報を提供することにも同意いたします。

|  |
| --- |
| (訪問診療が必要な理由) |

＜内　容＞

□　訪問診療

□　誤穿刺、汚染事故等の採血及び感染症検査

利用者の血液の付着した針が、誤って職員に刺さってしまうなどの事故が発生した場合、

職員のウイルス感染予防のため、利用者の血液検査（B型・C型肝炎ウイルス検査、

HIVウイルス検査、梅毒検査）を行うことに同意します。

特記事項：

■説明年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日

■説明者氏名：

■利用者

氏　　 名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

■ご家族または代理人（選任した場合）

私は、利用者に代わり、上記署名を行いました。私は、本人の同意意思を確認しました。

氏　 名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

〒

住　　　所：

連絡先電話番号：

本人との関係 ：

■請求書送付先　　　□ 本人 □ 代理人　　□ その他（下記にご記入ください）

氏　 名：

〒

住　　　所：

■緊急連絡先（氏名、電話番号、本人との関係）

**①**（関係：　　　　　　）

**②**（関係：　　　　　　）