

コンサルテーション申込書

ケースナンバー ()

依頼元 訪問看護ステーション (コンサルティ)	ステーション名			
	担当者氏名		管理者氏名	
	住所			
	TEL		FAX	
	メールアドレス			
コンサルテーション の種別	<input type="checkbox"/> 訪問看護運営管理	<input type="checkbox"/> 訪問看護全般 (運営管理を除く)		
	<input type="checkbox"/> ターミナルケア	<input type="checkbox"/> 精神科訪問看護		
	<input type="checkbox"/> 小児科訪問看護	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患訪問看護		
	<input type="checkbox"/> その他※ ()			
希望内容	<input type="checkbox"/> 同行訪問	<input type="checkbox"/> 同行訪問 (退院前面談)	<input type="checkbox"/> ST面接	<input type="checkbox"/> 電話サポート
症例の概要 (利用者住所・氏名は記入しないこと)				
コンサルテーション依頼事項 (簡潔明瞭に、効果を評価しやすいように具体的に書くこと)				
同意書の有無	<input type="checkbox"/> 同意書あり <input type="checkbox"/> 同意書なし ※コンサルタントによる同行訪問、カンファレンス参加をご希望の場合は、 利用者の同意が必要です。			

教育ステーション事業（コンサルテーション）ご協力の依頼（同意書）

本事業は、利用されている訪問看護ステーション及び訪問看護師の質の向上の目的で行うものです。下記の説明により本事業の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。ご協力いただける場合は、お手数ですが下欄の同意書にご署名をお願いいたします。

- ① 本事業は、訪問看護師の質の向上を目的としています。
- ② 具体的な方法としては、あなたへの訪問看護サービス提供時に、専門の訪問看護ステーション職員の同行訪問等をしてもらい、担当訪問看護師が、より良い看護提供を行うための指導をうけるというものです。
- ③ この事業は、あなたの自由意思のもとでお断りになることもできます。お断りになっても、あなたが受ける訪問看護サービスに関する不利益をこうむることは一切ありません。協力については、自由意思によって行ってください。
- ④ ご協力いただける場合、プライバシーは固く守ります。また、指導ステーションが得た情報は、指導後ただちに、消去、破棄いたします。
- ⑤ 事業結果の公表：ご協力していただいた個人を特定しないように統合して本事業の成果を公表するよう配慮いたします。

同 意 書

私（利用者）は、教育ステーション事業によるコンサルテーションについて、上記文書による説明を受け、私が利用する訪問看護への同行訪問等を通して、

_____が、_____より、
指導を受けることに同意いたします。

平成30年 月 日

利用者氏名

代理人署名