

同行訪問における同意書

※同意されましたら、□に☑（チェック）をご記入ください。

- ☐ 同行訪問の説明を受け、実施に同意します。
- ☐ 同行訪問にかかる費用（医療費・材料費など）の支払いに同意します。
- ☐ 訪問時、必要に応じて患部の写真撮影を行う場合があることに同意します。

（西暦） 年 月 日

〈患者・家族署名欄〉

患者名：_____

代諾者名：_____（続柄：_____）

〈説明者署名欄〉

施設名：_____

説明者名：_____