

患者さまおよびご家族の皆さまへ

今後の診療と「地域連携計画書（地域連携パス）」について

〇〇〇病院では、患者さんにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して「地域連携計画書（地域連携パス）」を活用しています。「地域連携パス」では病気の経過を予測して一番適切な診療の計画を立て、患者さんに納得していただいたうえで医師・看護師・薬剤師等が協力して診療にあたります（チーム医療）。診療の方針について患者さんと医療者が共同で利用できる形に表わしています。

1. 〔目的〕私たちは、「地域連携パス」を用いて地域の病院や診療所と、同じ医療方針で安全で質の高い医療を提供したいと考えています。「地域連携パス」では、患者さんを中心に、医師・看護師・薬剤師など関係するすべての医療者が、検査結果や診療の方針を知ったうえで、協力体制を作ります。患者さんには「連携ノート」（患者さん用の携帯ノート）を利用させていただきます。
2. 〔方法〕具体的な地域医療連携について、治療開始後の落ち着いた時点から、かかりつけ医（地域の病院、診療所）が1～3か月ごとの診察・検査を担当し、当院が節目（1年ごと）の診察・検査を行います。再発が疑われる場合や病状が変わった時などに備え、夜間休日でも安心していただけるような連携の体制を作ります。
3. 〔期待されること〕「地域連携パス」にもとづくことは、患者さんの主治医が複数になると考えることができます。異常の早期発見や、きめ細かな対応が望めます。
4. 〔同意と撤回の自由〕私たちは、「地域連携パス」が患者さんの療養生活や診療の方針に合っているかどうかを吟味し、利用する方が良いと考えた場合にお勧めします。患者さんやご家族と十分ご相談しながら、運用をすすめます。途中で中止することもかまいません。
5. 〔質問の自由〕ご不明な点や心配があれば、いつでもご相談ください。

連絡先

〇〇〇病院 地域医療連携室

電話

Fax

同意書

【患者さん用】

〇〇〇病院
病院長 殿

このたび、地域連携パスの利用について説明医師に下記事項のついて十分な説明を受けました。

地域連携パスについて、その

- 1. 目的
- 2. 方法
- 3. 期待されること
- 4. 同意と撤回の自由
- 5. 質問の自由

上記について、担当医から説明を受けよく理解しました。地域連携パスの利用について同意します。

『患者本人』 同意日 令和 年 月 日

患者氏名 印

『同席者』 氏名 印

私は、地域連携パスの利用について上記の項目を説明し、同意が得られたことを認めます。

『医 師』 説明日 令和 年 月 日

説明医師 印

『説明補助者』 説明日 令和 年 月 日

説明者 印

同意書

【かかりつけ医保存用】

〇〇〇病院
病院長 殿

このたび、地域連携パスの利用について説明医師に下記事項のついて十分な説明を受けました。

地域連携パスについて、その

- 1. 目的
- 2. 方法
- 3. 期待されること
- 4. 同意と撤回の自由
- 5. 質問の自由

上記について、担当医から説明を受けよく理解しました。地域連携パスの利用について同意します。

『患者本人』 同意日 令和 年 月 日

患者氏名 印

『同席者』 氏名 印

私は、地域連携パスの利用について上記の項目を説明し、同意が得られたことを認めます。

『医師』 説明日 令和 年 月 日

説明医師 印

『説明補助者』 説明日 令和 年 月 日

説明者 印

同意書

【計画策定病院保存用】

〇〇〇病院
病院長 殿

このたび、地域連携パスの利用について説明医師に下記事項のついて十分な説明を受けました。

地域連携パスについて、その

- 1. 目的
- 2. 方法
- 3. 期待されること
- 4. 同意と撤回の自由
- 5. 質問の自由

上記について、担当医から説明を受けよく理解しました。地域連携パスの利用について同意します。

『患者本人』 同意日 令和 年 月 日

患者氏名 印

『同席者』 氏名 印

私は、地域連携パスの利用について上記の項目を説明し、同意が得られたことを認めます。

『医師』 説明日 令和 年 月 日

説明医師 印

『説明補助者』 説明日 令和 年 月 日

説明者 印