

同意書

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. 有害事項、費用負担
6. 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 平成 年 月 日

患者氏名 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 平成 年 月 日

説明医師 印

『説明補助者』 説明日 平成 年 月 日

説明者 印

決定した連携医療機関の一覧

(病院、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等)

医療機関名	連携医	連携病院	拠点病院
名称 連絡先			
担当医			
担当看護師			
連携室担当者			

	調剤薬局	訪問看護ステーション	居宅介護支援事業所等
連絡先			
担当者			

【上記への連絡方法と順番】

平日： 1
2

夜間休日： 1
2