

患者さんおよびご家族の皆様へ

退院後の診療と「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ご提供するために「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いい診療の計画を立て、患者さんに納得していただいたうえで医師・看護師・薬剤師等がチームで協力して診療にあたります。

1. 〔目的〕 私たちは、「地域連携パス」を用いることによって、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」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は、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)が日々の診察(2週間から1ヶ月に1度)と、投薬(処方)を担当し、当院が節目(3~12ヶ月ごと)の診察・検査を行います。病状が変わった時や、副作用が強くなった時などに備え、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」による診療を受けることは、患者さんの主治医が複数になる(味方が増える)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るものになると考えています。
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。その運用にあたっては、患者さんやご家族と相談しながら進めます。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。
6. 〔その他〕 「地域連携パス」の利用に同意がいただけない場合には、患者さんやご家族と相談の上で、地域における連携診療を活用して経過観察の予定を決めさせていただくこととなりますので予めご承知ください。

連絡先〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇〇
〇〇〇〇病院 地域医療連携室
Tel: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
Fax: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

同意書

がん診療連携拠点病院
〇〇〇〇病院 院長 殿

このたび、「地域連携パス」の利用について担当医から下記事項に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
6. その他

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

『患者本人』 確認日 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
