

胃がん手術後の患者さんへ 病院—かかりつけ医による医療連携のご協力のお願い

地域医療の活動のために、継続的で質の高い医療を患者さんに提供できるように、かかりつけ医と〇〇〇〇病院の連携のもと、術後の治療・経過観察を行うことが必要です。

この地域医療連携は、当院で手術を受けられ、術後の経過観察や経口抗がん剤による化学療法を受けられる患者さんが対象となります。手術を終えて一段落した患者さんの術後の状態を当院に定期的に通院していただきながら、かかりつけ医の先生にも診察、検査、投薬などをお願いして、手術後の状況をきめ細かく見ていただくことになります。

この連携診療をスムーズに行うために、地域連携パスを活用しています。これは当院主治医とかかりつけ医が協力して手術後5年までの診察・検査を実施していくための冊子で、これを基に当院での手術の結果や治療経過、また、かかりつけ医での診察・検査結果などの患者さんの情報を共有していきます。

もちろん何か問題が生じた場合は当院主治医とかかりつけ医がしっかり連携を取っていますので臨機応変な対応をさせていただきます。患者さんにはご自宅近くの医療機関を受診していただくことで通院時間の短縮や診察待ち時間の解消にもつながります。

かかりつけ医との密接な連携医療を目指していますので、地域医療連携にご協力お願いいたします。

連携先病院

- ☐ : 病診連携による術後経過観察の趣旨を理解しました。
- ☐ : 病診連携による術後経過観察には同意できません。

年 月 日

ご本人： _____

同席者： _____ 続柄 _____

説明医師

施設名： 〇〇〇〇病院 外科

医師名： _____

連絡先： _____

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