

地域連携クリニカルパス説明・同意書

このたび社会医療法人宏潤会大同病院と特定の地域連携医療機関との間で行われる地域連携クリニカルパスを用いた医療について、患者様（ID： ）に対し下記の説明を行いました。

1. 目的と意義

大同病院で治療を受けた患者さんの定期的検診を、あらかじめ作られた一連のスケジュール表（パス）にしたがって、お近くの連携医と大同病院の両方で連絡を取り合っていくシステムです。

2. 方法

処方や血液検査など通常の通院はお近くの連携医で行い、大同病院では一定期間ごとに（3 か月から1年に1回）画像検査と診察を行います。病気の再発や新たな疾患が発見された場合は、このシステムを中断して大同病院へ通院していただきます。

3. 期待されること

このシステムにより、大同病院への頻繁な通院が不要となり、通院の不便さや外来での長い待ち時間から解放されます。また、複数の主治医によるサポートが受けられる長所が生まれます。

4. 同意と撤回の自由

このシステムに参加されるかどうかはあなたの自由です。一旦同意した後で同意を撤回することも可能です。参加されなくてもあなたの診療に影響は全くありません。

5. 有害事象

がん種や進行度によっては術後再発率を減らすため抗がん剤治療を受けていただきます。使用する抗がん剤は有効性の認められた市販薬ですが、副作用が発生する場合があります。副作用への対応は迅速かつ適切に行います。

6. 費用負担

がん医療における「地域連携パス」を利用した診療は保険診療で認められています。このシステムでは、個別に策定される連携計画や診療情報提供書の作成と連携医からの情報提供に対して、費用をご負担いただくことがあります。

7. 個人情報

学会発表等の研究目的で個人情報を使わせていただくことがありますが、個人の同定はできないように配慮いたします。

8. このシステムに関して不明な点がありましたら、お気軽にお尋ね下さい。

9. クリニカルパスの開始時期は、疾患の種類や進行度、術後補助化学療法の有無によって異なります。また、退院後のあなたの体調、地域連携医療機関の利便性等によっては、クリニカルパスは適応されない場合があります。

説明日 年 月 日

社会医療法人宏潤会 大同病院

社会医療法人宏潤会 大同病院 病院長殿

上記について、担当医から説明を受けよく理解しましたので、地域連携クリニカルパスの利用について同意します。また、説明と同意書の控えを受け取りました。

同意日 年 月 日

本人署名： _____

代諾者署名： _____（本人との関係： _____）