

患者さんおよびご家族の皆様へ

退院後の診療と「地域連携診療計画書(地域連携クリティカルパス)」について

兵庫県立がんセンターでは、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「地域連携診療計画書(地域連携クリティカルパス)」(以下、「地域連携パス」といいます)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」を利用していただきます。
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」に同意がいただけない場合についても、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 ☎673-8558 明石市北王子町13-70
兵庫県立がんセンター 地域医療連携部
Tel: 078-929-1151 (代表)
Fax: 078-926-5410 (地域医療連携部直通)

同意書

患者さん用

がん診療連携拠点病院
兵庫県立がんセンター 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 令和 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 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

がん診療連携拠点病院
兵庫県立がんセンター 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 令和 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 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

兵庫県立がんセンター保存用

がん診療連携拠点病院
兵庫県立がんセンター 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 令和 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 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