

乳がんの手術を予定されている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目指して「地域連携計画書(地域連携パス)」を活用しています。

私たちは、「地域連携パス」を用い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」(患者さん用の携帯ノート)を利用していただきます。

手術後の落ち着いた時点(およそ退院1~6ヶ月後)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(12ヶ月ごと)の診察・検査を行います。病状が変わった時や、副作用が強い時などに備え、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。

「地域連携パス」にもとづくことは、患者さんの主治医が複数にな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ます。病院や診療所の混雑が解消される効果もあるでしょう。「地域連携パス」を利用することで、患者さんやご家族のお話を、もっと、お聞きできるようになるものと考えています。

ご心配な点があれば、まずはかかりつけ医にご相談下さい。なお、かかりつけ医に連絡がつかない場合は、以下の連絡先にご連絡下さい。

兵庫県立がんセンターの連絡先

◆問い合わせ

(平日) 8:45~17:30 兵庫県立がんセンター地域医療連携部

(代表番号) 078-929-1151

(平日時間外及び土、日、祝祭日)

日直/夜間当直(※看護師)

(代表番号) 078-929-1151

同意書

患者さん用

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説明医師に十分な説明を受け、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 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

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説明医師に十分な説明を受け、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 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

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説明医師に十分な説明を受け、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 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