がん地域連携パスに関する説明書・同意書

患者ＩＤ（　　）

説明者（医師）　佐賀県医療センター好生館　（　　）

私は、患者　　様の今後の診療とがん地域連携パスについて
下表の如く説明いたしました。

1.　目　　的	佐賀県では、患者さん・ご家族にわかりやすく質の高い医療を目指して「がん診療連携パス（連携パス）」を活用しています。「連携パス」では病気の経過を予測して、各々の患者さんにとって現時点で一番良い診療の計画を立て、患者さん・ご家族に納得していただいた上で、医療者（医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカーなど）が協力して診療に当たります。当院ではこの「連携パス」を用いて地域の病院や診療所と協力して、同じ診療方針のもとに、安全で質の高い医療を提供したいと考えています。患者さん・ご家族を中心に、関係する医療者が、診療方針や検査結果などを知ったうえで、協力体制を作ります。
2.　　方　　法	当院とかかりつけ医療機関が共同して、役割分担をしながら、診療・検査・治療を続けていきます。具体的には、退院時にお渡しする「わたしのカルテ」を受診される医療機関に持参して頂き、毎回記載していきます。
3.期待されること	「連携パス」を使用してかかりつけの医療機関と連携することで、患者さんの主治医が複数になります。異常の早期発見やきめ細かい対応が可能になります。患者さんのご家族や日々の相談も、もっとお聞きできるようになると考えます。日常の生活の中で安心して治療することが可能となります。
4.同意と撤回	私たちは患者さんの治療を行う上で地域の医療機関で患者さんの情報を共有したほうがいいと考えた場合に「連携パス」をお勧めしています。患者さん・ご家族と十分に相談しながら、運用したいと思います。途中で中止されても構いません。その時はいつでも当院または、かかりつけ医療機関にお申し出ください。
5.質問の自由	ご不明の点や心配があれば、いつでもご相談ください。
6.費用について	「連携パス」には、患者さんの健康保険が適用されます。
7. 個人情報の取扱について	「連携パス」は患者さんの個人情報であるため、ご自身で責任を持って管理してください。なお、「連携パス」で得られた患者情報は連携の目的以外に医療機関が使用することはありません。

私は、がん地域連携パスの目的や方法などについて上記の説明を受け十分に理解した上で、このがん地域連携パスを利用することに

□　同意します　　平成　　年　　月　　日

□　同意しません

患者氏名　（　　）

家族等氏名（　　）続柄（　　）