

《急性心筋梗塞地域連携パス 説明書および同意書》

「急性心筋梗塞地域連携パス」は、急性期病院退院後も、地域の医療機関（診療所）で継続した治療を受けられるように、急性期病院と診療所（かかりつけ医）が一貫した治療方針に基づいて作成する「治療計画表」のことを言います。

「連携パス」で得られる個人情報は、治療以外の目的で使用することはありませんが、臨床情報は、個人が特定できない方法で、今後の医療の発展のための解析に使用することがあります。

このたび上記内容について説明を受け、理解しましたので地域連携パスに参加することについて同意します。

日 付 年 月 日

医療機関名 _____

担当医 氏名 _____

本人（患者）署名 _____ 印

代諾者署名（続柄： ） _____ 印

※ご本人が署名できない場合は、ご家族または代理人、保証人がご署名下さい。