

地域連携パス同意書



大垣市民病院 病院長殿

患者 ID ; 患者氏名 は、このたび、 年 月 日に予定している、

心不全地域連携パスについて、 年 月 日に、

担当医師 、（同席者： ）から、

下記の事項のうち□にチェックを付けた項目について説明を受けました。

※枠の中を楷書でご記入ください。消えないペンでお書きください。

- パスの必要性
- パスの内容及びその方法
- パスの注意事項
- 予想される不利益
- 同意はいつでも取り消せること
- その他[ ]

上記の説明を受け、

- よく理解しましたので、同意いたします。
- 再度検討いたします。（セカンドオピニオン含む）

同意年月日 年 月 日

ご本人氏名

※ご本人が自筆で記入ください。

※ご本人氏名をやむを得ず代筆された場合は、代筆者の氏名を記載ください。

代筆者氏名

患者との続柄：

※ご本人が未成年の場合、または意識障害などで署名できない場合は、保護者・親権者等の代諾が必要です。

代諾者氏名

患者との続柄：

# 心不全地域連携パスの利用について（同意書）

## はじめに

地域連携パスとは、良質な医療を安全に途切れることなく提供するための手段として開発された、地域で統一された診療計画表のことです。平成20年度より厚生労働省で制度化されています。

当院でも、高齢化社会において患者数の増加が予測されている「心不全」に対する地域医療パスを導入しています。患者様が中心となり、それを包み込むように地域全体の施設が各々の役割を果たしながら連動していく計画は、これから社会において必要不可欠な医療システムと考えられます。

この心不全地域連携パス運用に際しては、皆様の医療情報を連携する施設間で共有することに、ご同意いただくことが前提となります。ご同意いただけた場合には、その情報を登録、集計、分析し発表することで西濃地域内の心不全治療や福祉サービス向上にも寄与したいと考えており、この情報の利用についてもご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

## 1. 他の医療機関や介護サービス事業者との診療情報の共有

当院が連携する医療機関や介護サービス事業者を利用する際は、施設間で心不全地域連携パス、地域医療連携システム(OMNet)を用いて皆様の情報が共有されます。尚、共有される情報には、病名、治療内容、治療期間、リハビリ経過等が含まれます。また、連携する医療機関や介護サービス事業者以外を利用する際も、心不全地域連携パスと同等の内容である情報提供で対応させて頂きます。

## 2. 同意書の取り扱い

心不全地域連携パスの利用並びに登録、集計にご同意いただいた場合には、これから利用される医療機関や介護サービス事業者においても同意されたものとし、心不全地域連携パスを利用した治療や福祉サービスが継続されます。

## 3. 個人情報の取り扱い

心不全地域連携パスに基づいて治療や福祉サービスを受けられる際は、連携施設間で、皆様の情報共有が行われます。皆様の情報は、大切な個人情報であるため、施設間での情報提供を含めた管理については、個人情報保護法を遵守し、心不全地域連携パス運用以外の目的には使用いたしません。また、皆様の個人情報については、ご本人による開示請求・訂正・利用停止等の権利行使することが可能です。

## 4. 心不全地域連携パス利用の任意性と、同意後の撤回

心不全地域連携パスの利用においては、皆様の意志が何よりも尊重されます。利用を見合せたい場合、また同意後、同意を撤回したい場合には、いつでもご遠慮なくお申し出ください。なお、心不全地域連携パス利用への同意の有無は、皆様の利益・不利益とは全く関係がありません。同意しない場合や同意後に撤回された場合、連携施設以外を利用される場合でも、あなたが受けられる治療や福祉サービスの内容は変わりません。

同意の撤回がなければ、西濃医療圏での受診中は同意が継続され、地域全体での診療を継続します。

## 西濃心不全地域連携診療計画書

患者氏名 [ ] 男性 · 女性					
生年月日 年 月 日 生 [ ] 歳					
<b>急性期医療機関</b>					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>入院日 年 月 日</td> <td>地域連携計画説明日 年 月 日</td> <td>説明者サイン ( )</td> </tr> </table>			入院日 年 月 日	地域連携計画説明日 年 月 日	説明者サイン ( )
入院日 年 月 日	地域連携計画説明日 年 月 日	説明者サイン ( )			
施設名 ( ) 					
主治医 :					
経過	急性期 入院～数日	定期 数日～約2週間			
	退院日 ( / )				
達成目標 退院転院基準	<input type="checkbox"/> 呼吸が楽になる <input type="checkbox"/> 体重が減る	<input type="checkbox"/> 呼吸症状が少なくなる <input type="checkbox"/> 内服薬の必要性が理解でき、管理できる <input type="checkbox"/> 生活習慣の問題点が理解でき、改善できる			
治療 処置 検査	<input type="checkbox"/> 病状に応じて安静にすることや、酸素投与、点滴などの薬物治療を行います <input type="checkbox"/> 病状に応じて採血、レントゲン、心電図などを行います <input type="checkbox"/> 必要に応じてカテーテル検査や治療、ベースメーカー治療、陽圧人工呼吸器による治療を行います				
食事 栄養	<input type="checkbox"/> 塩分1日6gの心臓病食を提供します  <input type="checkbox"/> 病院食以外は食べられません <input type="checkbox"/> 医師の指示の下、食事内容を変更します <input type="checkbox"/> 必要時、医師の指示の下、適切な水分摂取量の指導を行います <input type="checkbox"/> 心不全治療のための栄養指導を行います				
リハビリ 活動	<input type="checkbox"/> 筋力低下を予防し、日常生活動作を改善するため、医師の指示の下、早期からの心臓リハビリテーションを行います <input type="checkbox"/> 状態に応じて医師の指示の下、安静制限を変更します				
説明 指導	<input type="checkbox"/> 医師：病状説明 <input type="checkbox"/> 看護師：入院生活について説明 <input type="checkbox"/> 薬剤師：必要時 <input type="checkbox"/> 薬の確認	<input type="checkbox"/> 必要に応じて下記指導を行います <input type="checkbox"/> 理学療法士：運動指導 <input type="checkbox"/> 看護師：生活指導 <input type="checkbox"/> 薬剤師：薬剤指導 <input type="checkbox"/> 栄養士：栄養指導			
医療相談	医療ソーシャルワーカーが退院先や自宅の生活について相談します <input type="checkbox"/> 退院支援 <input type="checkbox"/> 介護サービス等の利用 <input type="checkbox"/> 医療費について <input type="checkbox"/> 社会復帰について（就労・就学）				



患者・家族氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )