**心不全地域医療連携パスに関する説明・同意書**

氏名　テスト　　　　　　　　様　　（ID : 　　　　　　　　　　　）

　地域医療連携パスとは、良質な医療を効率的、かつ安全、適正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。

　心不全は適切な治療を継続しても再入院を要することが多く、患者様の生命予後や生活の質の低下に大きく影響を及ぼします。高齢化社会において心不全は入院患者数の増加が問題となっており、退院後に急性期病院のみで治療を行うことは困難であり、地域全体で心不全の治療を継続し、再入院を予防することが不可欠です。

　地域医療連携パスは、患者様ご自身の病気に関する意識を高めて、病気に関する情報をかかりつけ医と共有することで、心不全の再入院を効率的に予防することに役立てます。当院を退院された後は当院で決定した治療方針をもとにかかりつけ医で定期診察を受けていただき、心不全の増悪が疑われた場合には、すみやかに当院へご相談いただけるように切れ目のない医療を提供してまいります。

地域医療連携パスで取り扱う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、心不全地域医療連携パスの運用以外の目的には使用しません。運用についてはあなたとご家族の方と十分に相談しながら運用を進めて参ります。同意を撤回したい場合には、いつでも遠慮なくお申し出ください。撤回されても不利益を受けることはありませんので、ご安心ください。ご不明の点や心配なことがあればいつでもご相談ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　説明医師

国立病院機構名古屋医療センター病院長殿

　わたくしは地域医療診療の目的や方法などについて上記の説明をうけ十分に理解した上でこの地域連携診療に参加することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者氏名　　　　　　　　　　　　　　様　代理人氏名　　　　　　　　（続柄；　　）