

大腸がんの手術を受けられた患者さん及びご家族の皆様へ

## 地域連携による共同診療のご案内と同意について

私たちは、地域の医療機関と共同し、同じ診療方針で、安全で質の高い医療を提供したいと考えています。その実現に必要なものとして、この地域連携診療計画を作成しました。

この地域連携診療計画を通して、患者さん・ご家族を中心に、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、適切な診療が行われる協力体制を作っていきます。

### ・地域連携診療の方法

当院と、地域の連携医療機関（病院や診療所）と共同して、役割分担をしながら、診察・検査・治療を続けて参ります。具体的には連携医療機関が日々の診察や投薬などを担当し、当院が節目の診察・検査を行います。病状が急変した時や、なんらかの問題が生じた時に備え、夜間休日にも対応し安心できるような連携の体制を作ります。

### ・地域連携診療の利点

地域連携診療計画を使用して地域の医療機関と連携することで、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、また、患者さん・ご家族の日々の相談も、もっとお聞きできるようになるものと考えます。

### ・地域連携診療のお勧めと継続

私たちは、この診療計画が、患者さんの療養生活や診療の方針に合っており、利用された方が良いと考えた場合にお勧めしています。

また、連携診療の期間内も、患者さんやご家族と十分ご相談しながら、運用を進めてまいります。患者さんの意思により、途中で中止することもかまいません。

以上についてご不明な点や心配があれば、いつでもご相談ください。

年 月 日  
(作成日が印字されます)

説明医師 作成者が印字されます 印

私は上記の説明を受け理解し、この地域連携診療計画に参加することに同意します。

年 月 日

患者氏名 印

代 理 続柄( ) 印