（病院保管用）

**前立腺がん地域連携クリニカルパス説明・同意書**

このたび●●●●●●病院（以下、当院）と特定の連携医療機関との間で行われる地域連携クリニカルパスを用いた医療について、患者　　　　　　　　様（ID：　　　　　）に対し下記の説明を行いました。

1. 目的と意義

当院で治療を受けた患者さんの定期的検診を、あらかじめ作られた一連のスケジュール表（パス）にしたがって、近くの連携医と当院の両方で連絡を取り合って行っていくシステムです。

1. 方法

血液検査など通常の通院はお近くの連携医で行い、当院では一定期間ごとに（１年に1回）の画像検査と診察を行います。病気の再発や新たな疾患が発見された場合は、このシステムを中断して当院へ通院していただきます。

1. 期待されること

このシステムにより、当院への頻繁な通院が不要となり、通院の不便さや外来での長い待ち時間から解放されます。また、複数の主治医によるサポートが受けられる長所が生まれます。

1. 同意と撤回の自由

このシステムに参加されるかどうかは患者さんの自由です。一旦同意した後で同意を撤回することも可能です。参加されなくても患者さんの診療に影響は全くありません。

1. 有害事象

このパスでは血液検査によるPSA値のフォローが中心ですので、有害事象は稀です。

1. 費用負担

このシステムでは、個別に策定される連携計画や診療情報提供書の作成に対して、費用をご負担いただくことがあります。

1. このシステムに関して不明な点がありましたら、お気軽にお尋ね下さい。

説明者：●●●●●●病院　泌尿器科 医師名

上記について、担当医から説明を受けよく理解しました。

地域連携クリニカルパスの利用について同意します。

同意日：　　　　年　　　月　　　日　患者氏名