（病院保管用）

前立腺がん放射線治療後地域連携クリニカルパス

説明・同意書

このたび●●病院と特定の地域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

●●病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、お近くの連携医と●●病院の両方で連絡を取り合って行っていくシステムです。

2.　方法

血液検査や診察など通常の通院はお近くの連携医で行い、●●病院では一定期間（１年に1回）ごとに画像検査などと診察を行います。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●●病院へ通院していただきます。

3.　期待されること

このシステムにより、●●病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。

4.　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あなたの自由です。一旦同意した後で同意を撤回することも可能です。参加されなくてもあなたの診療に影響は全くありません。

5.　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、有害事象はまれです。

6.　 費用負担

がん医療における「地域連携パス」を利用した診療は保険診療で認められています。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と連携医からの情報提供に対して、費用をご負担いただくことがあります。

7.　個人情報

　　学会発表等の研究目的で個人情報を使わせていただくことがありますが、個人の同定はできないように配慮いたします。

8.　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。

9.　クリニカルパスの開始時期は、PSA値の動向、治療後合併症の有無、ホルモン治療継続の有無などによって異なります。また、退院後のあなたの体調、地域連携医療機関の利便性等によっては、クリニカルパスは適応されない場合があります。

説明日　　　　　　年　　　月　　　日

●●病院　　　　　　科　　　　説明医師名

●●病院　病院長殿

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。

患者本人　同意日　　　　　　年　　　月　　　日

患者氏名

（患者さん用）

前立腺がん放射線治療後地域連携クリニカルパス

説明・同意書

このたび●●病院と特定の地域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

●●病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、お近くの連携医と●●病院の両方で連絡を取り合って行っていくシステムです。

2.　方法

血液検査など通常の通院はお近くの連携医で行い、●●病院では一定期間（１年に1回）ごとに画像検査などと診察を行います。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●●病院へ通院していただきます。

3.　期待されること

このシステムにより、●●病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。

4.　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あなたの自由です。一旦同意した後で同意を撤回することも可能です。参加されなくてもあなたの診療に影響は全くありません。

5.　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、有害事象は稀まれです。

6.　 費用負担

がん医療における「地域連携パス」を利用した診療は保険診療で認められています。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と連携医からの情報提供に対して、費用をご負担いただくことがあります。

7.　個人情報

　　学会発表等の研究目的で個人情報を使わせていただくことがありますが、個人の同定はできないように配慮いたします。

8.　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。

9.　クリニカルパスの開始時期は、PSA値の動向、治療後合併症の有無、ホルモン治療継続の有無などによって異なります。また、退院後のあなたの体調、地域連携医療機関の利便性等によっては、クリニカルパスは適応されない場合があります。

　説明日　　　　　　年　　　月　　　日

●●病院　　　　　　科

説明医師名