|  |
| --- |
| **同　意　書** |
|  |  |  |
| **大腿骨頚部骨折で入院された患者の皆様へ**  　　現在、大腿骨頚部骨折により歩行が全くできない状態となっています。骨折前  の生活への復帰の為には、手術が必要と考えられます。手術が可能な全身状態で  　あれば急性期病院で手術を行い、その後、回復期病院でリハビリを行い退院を目  　指します。回復期病院への転院は手術後２週間の予定です。  　　その為に当院では「大腿骨頚部骨折地域連携パス」を用いています。これは、  　転院先の病院も含めた治療に関わる全てのスタッフが患者情報や治療方針を共有  　し、より質の高い医療を提供する為に作られた計画表です。  　　回復期病院でのリハビリ入院期間は最大３ヵ月と決められていますが、実際の  　退院時期はリハビリの進行具合を見て主治医が判断します。しかし、患者個々人  　の年齢や骨折前の歩行能力、体力には差があり、治療計画どおりに進まない場合  　もあります。また、手術後の合併症等により自宅への退院が困難な場合には、介  　護保険を利用して施設への入所を検討したり、様々なサービスを受けたりする事  　もできます。（介護保険の申請が必要となります。）  　　急性期治療からリハビリ効果等総合的な大腿骨頚部骨折治療の成果を検討し、  　今後の治療法の改善に役立てることを目的として、共通の診療計画書に基づいた  　情報管理を福岡市医師会にて行いますが、個人名義は全て匿名化等、万全の対策  　を講じて個人情報が漏洩する事がないように致します。  　　もしご協力いただけない場合であっても、これからの治療に何ら不利益を生じ  　ることはございません。治療計画や転院等で、ご希望、ご不明な点、その他ご質  　問等がございましたら、遠慮なく当院スタッフにお尋ね下さい。    **今回の「大腿骨頚部骨折地域連携パス」医療機関は以下の施設です。**  責任者　 診療科  病　院： 　　　 （　　　　 　 　 　 ）（　　　　 　 　 　 ）  病　院： 　　　　 （　　　　 　 　　 ）（　　　　 　 　 　 ）  診療所： 　　 　 （　　　　　 　　 ）（　　　　 　 　 　 ）  **私は上記の内容につき説明を受け納得致しましたので同意致します。**  　　　　　　　　年　　月　　日    患者氏名 　 　 　 　 印　 代諾者氏名（続柄） 　 　　 印  患者住所　　　　　 　　　　 　 　　 代諾者住所  説明を行った医師 病院： | | |