福岡市医師会方式脳血管障害地域連携パス

**同意書**

脳卒中で入院された患者の皆さまへ

　福岡市では、脳卒中患者の皆さまに地域のかかりつけの医師、急性期病院とリハビリ専門病院、療養型病院の間で緊密に連携をとりながら医療を提供しております。病院の機能に合わせての脳卒中連携医療は全国的にも整備され、福岡市医師会では予防も含めた脳血管障害医療のさらなる向上を目指して「**脳血管障害地域連携パス**」及び、「**治療上必要な医療情報の登録**」を以下の事を目標として実施しています。

１）「高度先進医療」とともに「再発予防の総合的医療」と「積極的リハビリ」を提供し、家庭復帰、さらには社会復帰を達成していただく助けとします。

２）アンケート調査等による皆さまのご意見をもとに、地域全体の医療環境を改善し、整備します。

３）急性期治療からリハビリ効果、再発予防効果まで、総合的な脳血管障害治療の成果を検討し、今後の治療法や地域医療体制の改善に役立ててまいります。

なお治療成果等を検討し分析する際には、個人名義はすべて匿名化して行います。またこれらの結果は学会発表・学術誌などに公表することもありえますが、すべて匿名化など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。

つきましては、脳卒中で入院された患者の皆さまには、必要な治療や介護、在宅準備が遅滞なく行えるように、当院を含む急性期病院から回復期のリハビリ病院、さらには療養型病院、かかりつけの診療所までに対し、**共通の診療計画書（脳血管障害地域連携パス）**に基づいた情報提供を行い、**必要な医学情報を匿名化して登録**し、更に一定の時期にお手紙にて日常生活の状況をお尋ねする簡単な内容の**アンケート調査**を行うことにご理解とご協力をいただければ幸いです。地域全体での取り組みですので、どうかよろしくお願い申し上げます。

　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。ご不明の点、ご質問などございましたら遠慮なく主治医にお尋ねください。どうぞよろしくお願い申し上げます。

　なお、今回の「脳血管障害地域連携パス」医療機関は以下の施設です。

 責任者 診療科

急性期病院　　 （　　　　　　　　　）

回復期病院 （　　　　　　　　　）

　　　診療所 （　　　　　　　　　）

脳血管障害地域連携パス／匿名化医療情報登録　への同意書

 私は上記の内容につき説明を受け納得しましたので同意します。

 令和　　年　　月　　日

　　　　　　　患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　＊代諾者氏名（続柄）　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＊住所

 説明を行った医師　１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２）

１１