**心不全地域連携パスの利用について（同意書）**

**はじめに**

地域連携パスとは、良質な医療を安全に途切れることなく提供するための手段として開発された、地域で統一された診療計画表のことです。平成２０年度より厚生労働省で制度化されています。

当院でも、高齢化社会において患者数の増加が予測されている「心不全」に対する地域医療パスを導入しています。患者様が中心となり、それを包み込むように地域全体の施設が各々の役割を果たしながら連動していく計画は、これからの社会において必要不可欠な医療システムと考えられます。

この心不全地域連携パス運用に際しては、皆様の医療情報を連携する施設間で共有することに、ご同意いただくことが前提となります。ご同意いただけた場合には、その情報を登録、集計、分析し発表することで石川県内の心不全治療や福祉サービス向上にも寄与したいと考えており、この情報の利用についてもご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

**１．他の医療機関や介護サービス事業者との診療情報の共有**

当院が連携する医療機関や介護サービス事業者を利用する際は、施設間で心不全地域連携パス、地域医療連携ネットワークサービス(IDリンク)を用いて皆様の情報が共有されます。尚、共有される情報には、病名、治療内容、治療期間、リハビリ経過等が含まれます。また、連携する医療機関や介護サービス事業者以外を利用する際も、心不全地域連携パスと同等の内容である情報提供で対応させて頂きます。 　　　　　　　　**２． 同意書の取り扱い**

心不全地域連携パスの利用並びに登録、集計にご同意いただいた場合には、これから利用される医療機関や介護サービス事業者においても同意されたものとし、心不全地域連携パスを利用した治療や福祉サービスが継続されます。

**３． 個人情報の取り扱い**

心不全地域連携パスに基づいて治療や福祉サービスを受けられる際は、連携施設間で、皆様の情報共有が行われます。皆様の情報は、大切な個人情報であるため、施設間での情報提供を含めた管理については、個人情報保護法を遵守し、心不全地域連携パス運用以外の目的には使用いたしません。また、皆様の個人情報については、ご本人による開示請求・訂正・利用停止等の権利を行使することが可能です。

**４． 心不全地域連携パス利用の任意性と、同意後の撤回** 　　　　　心不全地域連携パスの利用においては、皆様の意志が何よりも尊重されます。利用を見合わせたい場合、ま

た同意後、同意を撤回したい場合には、いつでもご遠慮なくお申し出ください。なお、心不全地域連携パス利

用への同意の有無は、皆様の利益・不利益とは全く関係がありません。同意しない場合や同意後に撤回された

場合、連携施設以外を利用される場合でも、あなたが受けられる治療や福祉サービスの内容は変わりません。

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　病院　　　診療科：　　　　　　　　　　主治医：

□上記内容を理解した上で、心不全地域連携パス及び情報の利用につきまして同意いたします。

　　　　□上記内容は理解しましたが、同意できません。

記入日：令和　　　年　　　月　　　日

患者氏名： 　　　　　　　　　生年月日　　　年　　　月　　　日

代承者:　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　※代承者の場合は続柄も記入して下さい。