

# 札幌市脳卒中地域連携パスへの参加継続について

## ご説明

### 1. はじめに

既に参加していただいている札幌市脳卒中地域連携パス（以下、地域連携パス）について担当医 \_\_\_\_\_ が説明いたします。なお、詳細につきましては補足説明者から説明いたします。下記の内容をよくお読みになり、説明を聞かれた後、この地域連携パスへの参加継続について、ご自身の意思でご判断ください。

### 2. 地域連携パスの目的、運用、運用期間、個人情報保護、学会等での発表や臨床研究、利益・不利益について

これらの項目については、あなたが地域連携パスに参加されたときと全く変わっておりません。参加継続された場合においても、個人情報の保護は厳重に管理して運用されます。また、同意をいただけない場合や、同意後に撤回された場合でも、あなたに不利益となることはありません。

### 3. 地域連携パスへの参加継続の任意性と同意後の撤回について

地域連携パスへの参加継続は、患者様の自由意思による判断を何よりも尊重いたします。参加を見合わせたい場合にはご遠慮なくお申し出ください。同意し参加継続された後でも、あなたの意思によりいつでも参加を取り消すことができます。同意後に撤回した場合には、別紙同意撤回書を提出していただくこととなります。

### 4. 地域連携パスの責任者について

地域連携パスは、札幌市地域連携パスネット協議会が責任をもって運用します。また各々の施設の倫理委員会あるいはそれに準ずる委員会において、その科学的妥当性、倫理性が十分に審議され、実施妥当であるとの結論が出されています。何か疑問や問題と思われること、相談したいと思われた場合には、担当医・補足説明者もしくは院内地域連携パス責任者（後記）までご連絡ください。

### 5. 地域連携パスへの参加継続に関する当院での同意書の取り扱いについて

当院で入院していただいた後、患者様のご容態に応じて、自宅への退院あるいは他の施設へ転院されることがあります。当院で地域連携パスへの参加継続にご同意いただいた場合には、始めに入院された急性期の施設および、これから転院される施設においてもご同意いただいたものとみなし、地域連携パスの情報をそれぞれの施設で使用させていただきます。なお、転院された施設では改めて参加継続についての同意をいただく必要があります。この場合でも、参加継続の任意性と同意後の撤回は保証されます。

### 6. お問い合わせ先

地域連携パスに関するご説明の中で、わからない言葉や、疑問、質問、もう一度聞きたいことなどがある場合には、ご遠慮せずにご質問ください。

説明を受けた後であっても、何かご不明な点が生じた場合などには、担当医もしくは地域連携パス責任者までお申し出ください。

\_\_\_\_\_ 病院 Tel: 011-231-8555 担当医 \_\_\_\_\_  
補足説明者 \_\_\_\_\_

札幌市脳卒中地域連携パスについてご理解いただき、参加継続していただける場合は、別紙、同意書に署名・捺印（自署の場合は不要）をお願いいたします。

## 札幌市脳卒中地域連携パスへの参加継続について

### 説明書

私は、\_\_\_\_\_様に対し、札幌市脳卒中地域連携パスへの参加をお薦めするにあたり、別紙説明書のとおり説明いたしました。

平成 年 月 日 説明場所: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_病院: \_\_\_\_\_科 担当医: \_\_\_\_\_ 印

補足説明者: \_\_\_\_\_ 印

### 同意書

\_\_\_\_\_病院 病院長 様

私は札幌市脳卒中地域連携パスに参加するにあたり、担当医\_\_\_\_\_氏および補足説明者から別紙説明書の記載事項（下記）について説明を受け、これを十分理解しましたので参加継続することに同意いたします。

- 1) 地域連携パスの目的などについては、参加について同意したときと全く変わらないことがわかりました。
- 2) 地域連携パスに参加継続することで、貴院においても継続的なりハビリテーションプログラムを受けられ、個人情報の保護が厳重に管理されて運用されることがわかりました。
- 3) 参加継続の同意の有無にかかわらず、治療やリハビリテーション等の内容に変更がないこと、また、不利益もないことがわかりました。
- 4) この地域連携パスに参加継続するかどうかは全く自由で、参加継続することに同意した後も自由に撤回できることがわかりました。
- 5) 次に転院した施設においても改めて参加継続についての同意が必要となることを理解しました。その場合であっても、参加の任意性と同意後の撤回が保証されていることがわかりました。

平成 年 月 日 同意場所: \_\_\_\_\_

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ 印（患者様との続柄: \_\_\_\_\_）

住所 \_\_\_\_\_

## 札幌市脳卒中地域連携パスへの参加継続について

### 説明書

私は、\_\_\_\_\_様に対し、札幌市脳卒中地域連携パスへの参加をお薦めするにあたり、別紙説明書のとおり説明いたしました。

平成 年 月 日 説明場所: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_病院: \_\_\_\_\_科 担当医: \_\_\_\_\_ 印

補足説明者: \_\_\_\_\_ 印

### 同意書

\_\_\_\_\_病院 病院長 様

私は札幌市脳卒中地域連携パスに参加するにあたり、担当医\_\_\_\_\_氏および補足説明者から別紙説明書の記載事項（下記）について説明を受け、これを十分理解しましたので参加継続することに同意いたします。

- 1) 地域連携パスの目的などについては、参加について同意したときと全く変わらないことがわかりました。
- 2) 地域連携パスに参加継続することで、貴院においても継続的なりハビリテーションプログラムを受けられ、個人情報の保護が厳重に管理されて運用されることがわかりました。
- 3) 参加継続の同意の有無にかかわらず、治療やリハビリテーション等の内容に変更がないこと、また、不利益もないことがわかりました。
- 4) この地域連携パスに参加継続するかどうかは全く自由で、参加継続することに同意した後も自由に撤回できることがわかりました。
- 5) 次に転院した施設においても改めて参加継続についての同意が必要となることを理解しました。その場合であっても、参加の任意性と同意後の撤回が保証されていることがわかりました。

平成 年 月 日 同意場所: \_\_\_\_\_

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ 印（患者様との続柄: \_\_\_\_\_）

住所 \_\_\_\_\_

## 札幌市脳卒中地域連携パスへの参加継続について

### 説明書

私は、\_\_\_\_\_様に対し、札幌市脳卒中地域連携パスへの参加をお薦めするにあたり、別紙説明書のとおり説明いたしました。

平成 年 月 日 説明場所: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_病院: \_\_\_\_\_科 担当医: \_\_\_\_\_ 印

補足説明者: \_\_\_\_\_ 印

### 同意書

\_\_\_\_\_病院 病院長 様

私は札幌市脳卒中地域連携パスに参加するにあたり、担当医\_\_\_\_\_氏および補足説明者から別紙説明書の記載事項（下記）について説明を受け、これを十分理解しましたので参加継続することに同意いたします。

- 1) 地域連携パスの目的などについては、参加について同意したときと全く変わらないことがわかりました。
- 2) 地域連携パスに参加継続することで、貴院においても継続的なりハビリテーションプログラムを受けられ、個人情報の保護が厳重に管理されて運用されることがわかりました。
- 3) 参加継続の同意の有無にかかわらず、治療やリハビリテーション等の内容に変更がないこと、また、不利益もないことがわかりました。
- 4) この地域連携パスに参加継続するかどうかは全く自由で、参加継続することに同意した後も自由に撤回できることがわかりました。
- 5) 次に転院した施設においても改めて参加継続についての同意が必要となることを理解しました。その場合であっても、参加の任意性と同意後の撤回が保証されていることがわかりました。

平成 年 月 日 同意場所: \_\_\_\_\_

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ 印（患者様との続柄: \_\_\_\_\_）

住所 \_\_\_\_\_