

ID

## 前立腺がん地域連携クリニカルパス同意書

今回、「地域連携パス」についての説明を受け、今後の診療はこのパスを使用して病院とかかりつけ医の両者が共同して進めることに同意します。

尚、このパスからの情報を集計・解析することにより、今後の地域連携による診療のあり方を見直して、より良い方向に修正していく前提で、氏名や住所等の個人情報が特定できない形で情報を集積されることも了解しております。またこれらの結果は学会発表や医学専門誌の論文などに使われることもありますが個人情報などプライバシーに関するものが公表されることのないことも理解しております。

平成 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

(代筆) \_\_\_\_\_ (続柄)

担当医 \_\_\_\_\_

説明者 \_\_\_\_\_