

同意書

私どもは、全国から慢性偽性腸閉塞や巨大結腸症などの患者さまをご紹介いただき、診療を行っております。これまでの診療の中で、ご紹介いただいた患者さまが、紹介元のご施設からその後のフォローアップを拒否され、当院への搬送中に容態が悪化された事例がございました。

このような経緯を踏まえ、今後、患者さまの安全を第一に考え、診療連携をより円滑かつ確実なものとするために、下記をお願いをさせていただきます。

今後、当院に上記のような患者さまをご紹介いただく際には、**貴施設においても引き続きフォローアップを行い、緊急時には受け入れ対応をしていただける体制を確保したうえでご紹介いただきますようお願い申し上げます。**患者さまの状態によっては、貴院の担当医と相談の上、当院で腸管滅菌、CV ポート造設、経胃瘻的空腸瘻、外科的治療などを行う場合もございますが、その後の経過観察・緊急時対応も含め、**継続的にご対応いただけることへのご同意をお願いいたします。**

なお、上記のご協力が得られない場合には、**患者さまの安全確保の観点から、当該ご施設との今後の診療連携の継続について見直しを検討させていただく場合がございますこと、あらかじめご了承ください**ますようお願い申し上げます。

患者さま・ご家族の安心・安全な診療を守るため、何卒ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

以上

記載は直電子的な記載等でも可

年 月 日

医療機関名・所属：

署名：

メールアドレス（任意）：

※今後、病状経過や治療方針についての情報共有のため、可能な限りご記載ください。