（院外処方の診療所用）

**地域包括診療についての説明と同意書**

地域包括診療について

　地域包括診療とは、保険診療を行う診療所において、患者さんの同意を得て以下の囲みの項目を行うものです。

１．高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の４疾患のうち、２つ以上の疾患を有する患者さんが対象となります。

当院にて診療するあなたの疾患は、下記の○囲みの疾患です。

 高血圧症　・　糖尿病　・　脂質異常症　・　認知症

２．あなたの診療は、担当医として院長が行います。なお、院長は担当医に必要な国が指定する所定の研修を修了しています。

３．あなたが受診しているすべての医療機関を把握し、処方されているすべてのお薬の内容を当院にて管理します。そのため、当院以外の医療機関を受診された場合には、その都度受診内容等をお知らせください。

４．当院は、24時間対応できる体制を整えている複数の薬局と連携しています。処方せんは、その中から希望される薬局にお出しください。

　　上記以外の薬局を希望される場合には、時間外においても対応できる薬局のリストをお渡しします。

５．あなたが受診している医療機関のリストを、お薬を処方する薬局に提出する必要があります。処方せんと一緒にお渡ししますので、薬局にそのままお出しください。

６．当院を受診される際には、お薬手帳を必ずお持ちください。

７．当院では、健康相談に応じております。また、健康診断、検診を定期的に受けていただき、当院以外で受けられた場合には、その結果をお持ちください。

８．当院では、介護保険サービスに係る相談に応じております。また、要介護認定に係る主治医意見書の作成も行っております。

９．当院では、在宅医療を行っております。また、あなたからの連絡には24時間対応しております。

夜間の連絡先：○○○－△△△－◇◇◇◇

○○クリニック　院長　殿

私は、　　　　年　　月　　日に上記説明を受けました。その上で、地域包括診療が行われることに同意します。

患者署名：