

心不全地域連携クリニカルパスに ご協力いただける先生へ

心不全地域連携クリニカルパスは、患者さんを中心に地域のかかりつけ医（連携医）と市立東大阪医療センターが協力して情報交換を行い、再発の早期発見へと繋げることを目的としています。

1. ご紹介までの流れ

- ・主治医が患者に対して、地域連携パスの説明と同意を得ます。
- ・看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士から「わたしの心不全ノート」に添って説明し、「自己管理用紙」への記載の説明をします。
- ・退院時に、患者には診療情報提供書とクリニカルパス A、「わたしの心不全ノート」、「自己管理用紙」を患者に渡します。
- ・患者は、かかりつけ医受診時に診療情報提供書とクリニカルパス A、自己管理用紙を持っていきます。

2. かかりつけ医での診察

- ・当センターの主治医が作成した診療情報提供書とクリニカルパス A、患者が持参した自己管理用紙をご参照下さい。
- ・当センターの通院が 4 回目以降は、退院時の項目がないクリニカルパス B となります。
- ・自己管理用紙の「かかりつけ医からの備考欄」に、注意点等気になることをご記入下さい。
- ・診療情報提供書の作成やパスへの記入は不要です。

3. 当センターへの受診

- ・自己管理用紙を持参するように患者にお伝え下さい。
- ・定期受診前に、症状が悪化した場合は、当センターへご紹介ください。

お問い合わせ
地方独立行政法人 市立東大阪医療センター
地域医療連携室

TEL : 06-6781-5101 (代表)

令和 3 年 12 月