

西区在宅あんしん連携システム 情報共有同意書

一般社団法人 広島市西区医師会 宛

私は一般社団法人 広島市西区医師会の運営する「西区在宅あんしん連携システム」に関する説明を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、私の医療・介護に関する情報が、連携する医療機関・介護事業所との間で共有されることに同意します。

また、システムに登録された情報が、システム管理者である一般社団法人 広島市西区医師会との間で共有されることにもあわせて同意します。尚、個人情報の適切な取扱いについては、情報を共有する各事業所との間で締結しているもので、これを兼ねることを承諾します。

患者記載欄				
同意年月日	年 月 日			
患者氏名 【自 署】	(フリガナ)			
	(氏 名)	男 ・ 女		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日			
代理人記載の場合	代理人氏名(自署)		続柄	
医療保険番号				
介護保険番号				

※ 確実な患者本人の確認のために、医療保険番号または介護保険番号を記載してください。

システム同意取得事業所記載欄	
説明者 【自 署】	(事業所名)
	(氏 名)
連携医療機関 および 介護事業所名	