

## ひたちなか市 電子@連絡帳 登録申込及び

## 個人情報共有に関する同意書

私は、電子@連絡帳に関する説明を受け、私の医療・介護等に関する情報を関係者間で共有すること、また、緊急時など支援が必要な際には、消防・行政等にも情報提供をすることに同意し、登録を申し込みます。

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	男 女		
住所	〒 ひたちなか市	世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> その他
連絡先	自宅： ( ) 携帯電話： ( )	緊急連絡先	氏名： 続柄： 電話番号： ( )
フリガナ 代理申請者 氏名※1	(続柄： )		
かかりつけ 医 氏名	氏名： 医療機関名：	登録申込 ・同意日	年 月 日

※1 本人が自署できない場合、親族または担当者が記入してください。本人が記入できる場合は記入不要です。

(以下、担当者による記入欄)

	チェック 欄※3	氏名	職種	利用事業所等名称 (正式名称)
構成 メンバー ※2				

※2 支援チームのメンバーを記入してください。

※3 電子@連絡帳について説明し同意を得た者（以下「同意取得者」という。）のチェック欄に必ず☑を記入してください。

※4 支援対象者は同意書の原本を保管し、同意取得者は同意書の写しを保管してください。

※5 同意取得者は、下記に同意書の写しを持参又はFAXする。

ひたちなか市高齢福祉課（東石川 2-10-1） FAX：354-6467

事業所名： 担当者名： 送信日： 年 月 日