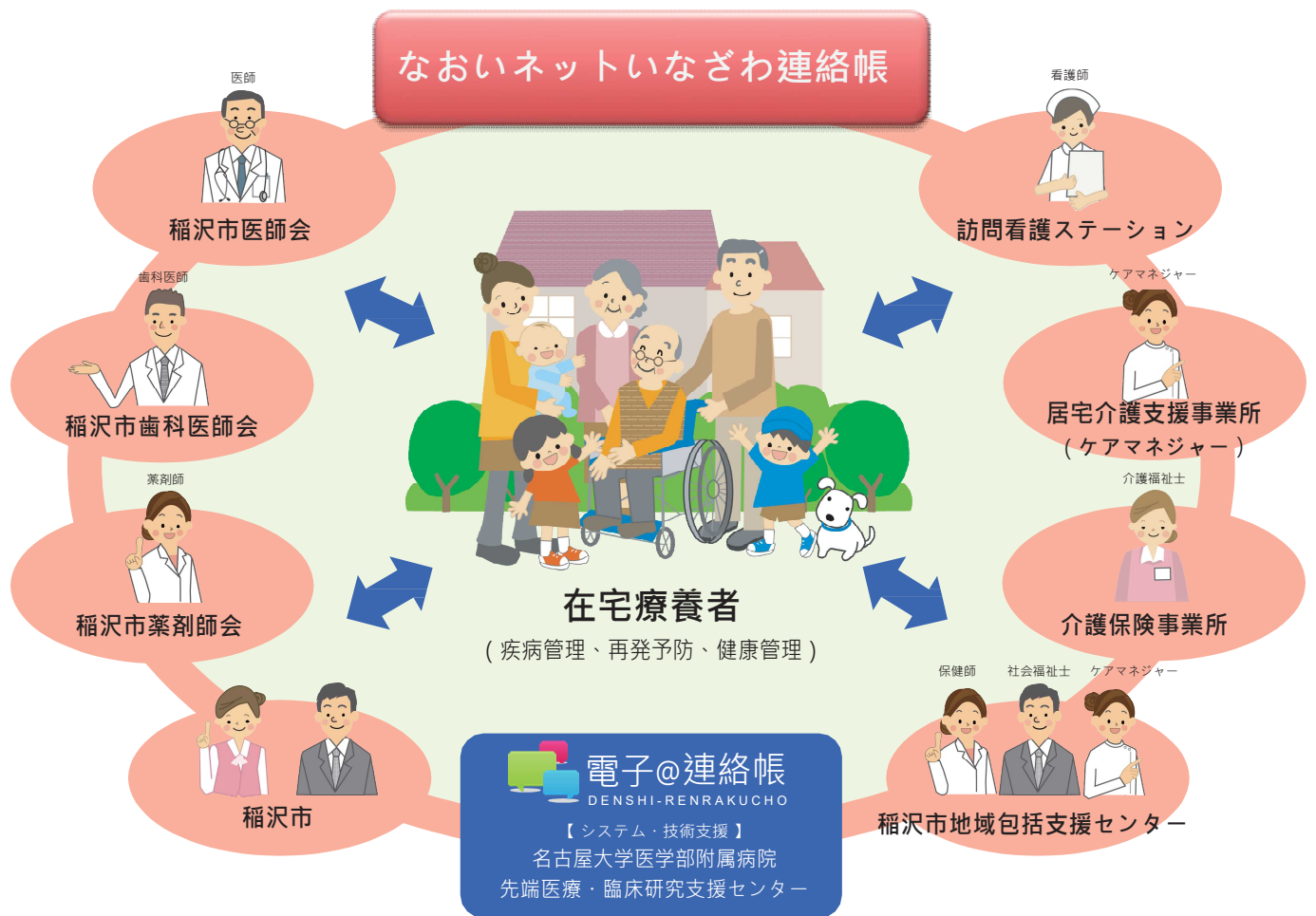




なおいネットいなざわ連絡帳

このシステムは、稲沢市民の皆さまが住み慣れたまちでいつまでも自分らしい生活を続けていくことができるように病院、診療所、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護保険事業所、地域包括支援センター、行政等が電子@連絡帳システム(多職種情報共有基盤)を活用して連携し、皆様を医療・介護の面から支援する体制の構築をめざしています。



詳しくは、なおいネットいなざわ連絡帳ポータルサイトをご覧ください。

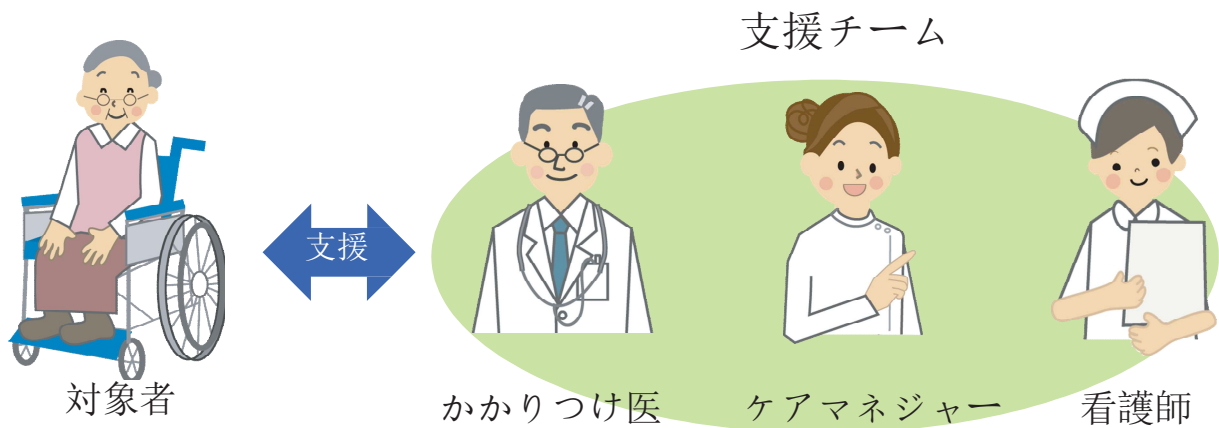
<https://ptl.ijj-renrakucho.jp/inazawa/>

または

検索

で、検索できます。





稲沢市在宅医療・介護ネットワーク

「なおいネットいなざわ連絡帳」参加説明書・同意書

稲沢市では、病院、診療所、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護保険事業所、地域包括支援センター、行政等が電子@連絡帳システム(多職種情報共有基盤)を活用して連携し、あなたが住み慣れたまちでいつまでも自分らしい生活を続けていくことができるよう支援します。

個人情報取扱同意書

1 運用目的

あなたを医療・介護の面から支援するため、あなたの情報を「なおいネットいなざわ連絡帳」に登録し、支援チーム(担当者及び機関)で情報を共有することで、あなたの支援に活用いたします。また、あなたへの更なるサービスの向上を目指すために、匿名化した上で統計データとしてあなたの情報を使用することがあります。

2 情報を共有する機関

あなたの支援チームを構成する担当者及び機関は、なおいネットいなざわ連絡帳利用施設(稲沢市医師会、稲沢市歯科医師会、稲沢市薬剤師会、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護保険事業所、稲沢市地域包括支援センター、稲沢市等)の中から決められ、情報共有する対象機関となります。

また、愛知県内の広域連携協定を締結した電子@連絡帳システム登録機関が、なおいネットいなざわ連絡帳とネットワーク接続して、必要に応じて支援チームに加わり医療・介護の情報を共有し、よりよい支援を提供します。

3 個人情報の管理

このネットワークは、厚生労働省が定める「医療機関情報システムの安全に関するガイドライン」に基づく運用で、ネットワーク上の個人情報を保護しています。

また、情報共有の停止を希望される場合は、かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師等にご相談ください。

【お問い合わせ先】

稲沢市 市民福祉部 高齢介護課 長寿グループ 電話:0587-32-1293(直通)

「なおいネットいなざわ連絡帳」参加説明書・同意書

稲沢市では、病院、診療所、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護保険事業所、地域包括支援センター、行政等が電子@連絡帳システム(多職種情報共有基盤)を活用して連携し、あなたが住み慣れたまちでいつまでも自分らしい生活を続けていくことができるよう支援します。

個人情報取扱同意書

1 運用目的

あなたを医療・介護の面から支援するため、あなたの情報を「なおいネットいなざわ連絡帳」に登録し、支援チーム(担当者及び機関)で情報を共有することで、あなたの支援に活用いたします。また、あなたへの更なるサービスの向上を目指すために、匿名化した上で統計データとしてあなたの情報を使用することがあります。

2 情報を共有する機関

あなたの支援チームを構成する担当者及び機関は、なおいネットいなざわ連絡帳利用施設(稲沢市医師会、稲沢市歯科医師会、稲沢市薬剤師会、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護保険事業所、稲沢市地域包括支援センター、稲沢市等)の中から決められ、情報共有する対象機関となります。

また、愛知県内の広域連携協定を締結した電子@連絡帳システム登録機関が、なおいネットいなざわ連絡帳とネットワーク接続して、必要に応じて支援チームに加わり医療・介護の情報を共有し、よりよい支援を提供します。

3 個人情報の管理

このネットワークは、厚生労働省が定める「医療機関情報システムの安全に関するガイドライン」に基づく運用で、ネットワーク上の個人情報を保護しています。

また、情報共有の停止を希望される場合は、かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師等にご相談ください。

【お問い合わせ先】

稲沢市 市民福祉部 高齢介護課 長寿グループ 電話:0587-32-1293(直通)

説明者による説明を理解し、稲沢市在宅医療・介護ネットワーク『なおいネットいなざわ連絡帳』を利用した支援を受ける事に同意します。

また、稲沢市在宅医療・介護ネットワーク『なおいネットいなざわ連絡帳』における個人情報取扱について説明を受け、これに同意します。

年 月 日

説明者:

(所属等):

同意署名:

※ご本人が記入できない、または本人の意思が確認できない場合等

代理人:

続柄:

ご本人名: