

えん j o y ネット刈谷同意書

住み慣れたまちで安心して暮らせるよう、あなたを支える医療・介護・福祉の専門職が、えん j o y ネット刈谷を活用してチームをつくり、あなたを温かくサポートします。

えん j o y ネット刈谷による支援を希望される方は、次のことをご理解の上、同意してください。

1. ネットワークの概要

えん j o y ネット刈谷は、刈谷市が提供する医療・介護・福祉の専門職間の情報共有等の仕組みで、名古屋大学開発の『電子@連絡帳システム (ICT基盤)』にあなたの情報を登録し、あなたに関わる刈谷市及び広域連携協定を結ぶ市町村等が運営する電子@連絡帳に利用登録する医師や歯科医師、薬剤師、ヘルパー、看護師、療法士、ケアマネジャーなどによる支援チームが、その情報を共有することで、あなたの支援に役立てるものです。

また、サービスの向上のため、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. 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。

なお、ネットワークによる支援を停止したい場合は、申し出によりいつでも停止することができます。

3. 同意に当たって

このネットワークによる支援を受けるか否かは、あなたの自由な意思によります。同意しない場合や途中で支援を停止した場合でも、今後の受診や介護サービスの利用等に何ら不利益を被ることはありません。

同意欄

私は、えんjoyネット刈谷を理解した上で、このネットワークによる支援を受けることに同意します。

年 月 日

対象者 住 所 _____

(原則ご本人の署名)

氏 名 _____

- ・対象者が未成年又は同意困難な場合は、ご家族などで対象者氏名を代筆の上、下記についても記入してください。

ご家族など署名 _____ (続柄) _____

問い合わせ先

〒448-8501 愛知県刈谷市東陽町1丁目1番地

刈谷市役所長寿課

電話 (0566) 62-1063 FAX (0566) 24-2466

説明者（ネットワーク参加関係機関）記入欄

○説明者

所 属 _____ 氏 名 _____

○かかりつけ医への連絡

_____ 年 月 日に、

医療機関 _____ 医師氏名 _____ 様に

えんjoyネット刈谷による対象者の支援を行うことを連絡済

- ・説明者は、この同意書を1部コピーして、対象者に渡してください。
- ・同意書の原本は、取得後14日以内に、刈谷市役所長寿課へ直接又は郵送にてご提出ください。