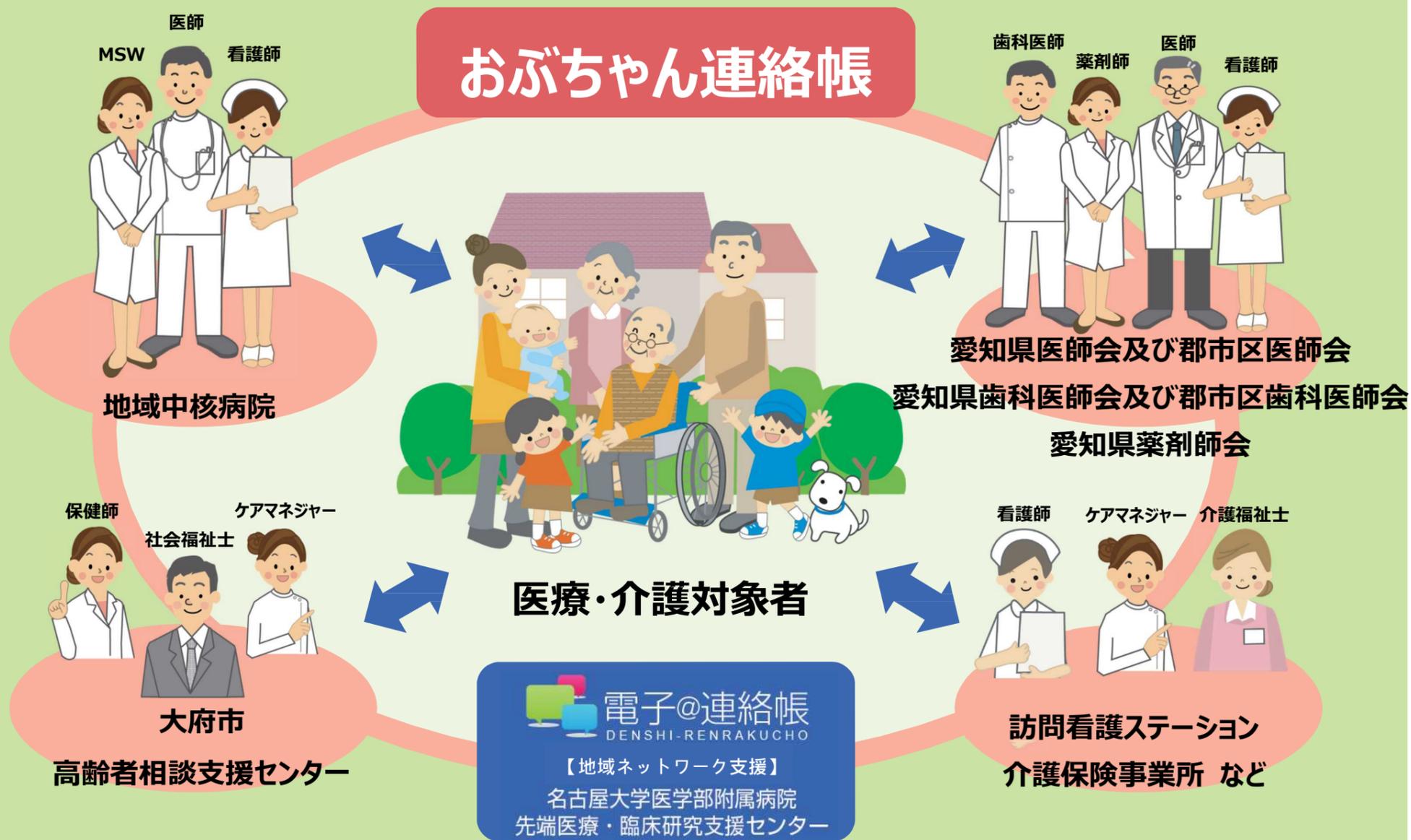


おぶちゃん連絡帳



このシステムは、大府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し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、介護保険事業所、高齢者相談 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、おぶちゃん連絡帳ポータルサイトをご覧ください。

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

または

おぶちゃん連絡帳 ポータルサイト

検索

で、検索できます。



医療機関・施設等名：

説明者： _____ の説明を理解し、大府市医療・介護ネットワーク「おぶちゃん連絡帳」を利用した支援を受ける事に同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 対象者： _____

※ご本人が未成年又は、本人の意思が確認できない場合 代理人： _____ (続柄： _____)

支援の具体例



大府市医療・介護ネットワーク「おぶちゃん連絡帳」説明と同意書

大府市では、病院、診療所、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション、介護保険事業所、高齢者相談支援センター、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・福祉等の面から支援するため、あなたのプライバシー保護を厳重に図りながら、あなたの情報を「おぶちゃん連絡帳」に登録し、在宅医療介護連携システム「電子@連絡帳」に関する広域連携協定書を締結した愛知県全域の電子@連絡帳登録機関がネットワーク接続して、支援チーム（担当者及び機関）で診療・介護情報を共有し、多職種連携することで、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、おぶちゃん連絡帳利用施設（愛知県医師会及び郡市区医師会、愛知県歯科医師会及び郡市区歯科医師会、愛知県薬剤師会、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、高齢者相談支援センター、大府市等）の中から決められ、情報共有する対象機関となります。

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、かかりつけ医にご相談ください。

【お問い合わせ先】

大府市役所福祉子ども部高齢障がい支援課 電話：0562-45-6289（直通）

大府市医療・介護ネットワーク「おぶちゃん連絡帳」説明と同意書

大府市では、病院、診療所、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション、介護保険事業所、高齢者相談支援センター、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・福祉等の面から支援するため、あなたのプライバシー保護を厳重に図りながら、あなたの情報を「おぶちゃん連絡帳」に登録し、在宅医療介護連携システム「電子@連絡帳」に関する広域連携協定書を締結した愛知県全域の電子@連絡帳登録機関がネットワーク接続して、支援チーム（担当者及び機関）で診療・介護情報を共有し、多職種連携することで、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、おぶちゃん連絡帳利用施設（愛知県医師会及び郡市区医師会、愛知県歯科医師会及び郡市区歯科医師会、愛知県薬剤師会、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、高齢者相談支援センター、大府市等）の中から決められ、情報共有する対象機関となります。

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、かかりつけ医にご相談ください。

【お問い合わせ先】

大府市役所福祉子ども部高齢障がい支援課 電話：0562-45-6289（直通）

医療機関・施設等名：

説明者：_____の説明を理解し、大府市医療・介護ネットワーク「おぶちゃん連絡帳」を利用した支援を受ける事に同意します。

_____年 月 日 対象者：_____

介護保険被保険者番号：_____

※ご本人が未成年又は、本人の意思が確認できない場合 代理人：_____（続柄：_____）

【医療・福祉機関等控】