高萩市電子＠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（救急時等の消防職員を含む）間で共有することに同意し、登録を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **生年月日** | 　　　年　　　月　　　日 |
| **氏名** |  |
| **住所** | 〒 |
|  |
| **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事業所で保管してくだ

　　　さい。

■同意取得者は、下記に同意書をＦＡＸしてください。

　高萩市高齢福祉課　地域包括支援グループ　ＦＡＸ：０２９３‐２２‐０７００

事業所名：　　　　　　担当者名：　　　　　　　　　送信日：　　　年　　　月　　　日