

「えんじょネット高浜」対象者同意連絡票

年 月 日

| | | | |
|--------|------------------|-------------|-----------------------------|
| 宛 先 | 医療機関名 | 発 信 元 | 事業所名 |
| | 主治医 先生御机下 | | 担 当 者 電 話 番 号 FAX 番 号 |

平素は大変お世話になっております。

このたび、下記対象者が「えんじょネット高浜」による支援を希望され、登録の同意が得られましたので、ご報告させていただきます。

「えんじょネット高浜」とは

高浜市にお住まいの方のうち、在宅医療や介護サービス等を受けられている方について、プライバシーの保護を厳重に図りながら、診療情報や支援経過など必要な情報の一部を電子@連絡帳というツールを用いて情報共有することにより、質の高い安全な医療や介護サービスの提供を可能とするネットワークです

[対象者同意日] 年 月 日

| | | | | | | |
|-------------|----------------------------|-------------------------|------|------------|-------|--|
| 対 象 者 | 氏 名 | | 生年月日 | M・T S・H | 年 月 日 | |
| | | | 性 別 | 男 ・ 女 | | |
| | 住 所 | 高浜市 町 丁目 番地 電話番号 () | | | | |
| | 要介護認定の 結果等 | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 | | 要支援区分 1 2 | | |
| 備 考 | 有効期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | | | | | |

【主治医記入欄】 *当てはまるものを全て選んでください

FAX 内容を確認しました

私（主治医）も「えんじょネット高浜」での対象者の情報共有に参加します

お手数をおかけしますが、主治医記入欄をご記入いただき、発信元に FAX にてご返送いただきますよう、お願いいたします。