



東海へいしゅうくんネットワーク

個人情報取扱同意書

あなたの個人情報については、以下のとおり取扱います。

1 利用目的

あなたの個人情報を「東海へいしゅうくんネットワーク」に登録し、介護（要介護認定、サービス利用状況等）や医療（病歴、服薬状況、医療上の指示、患部の写真画像等）や福祉（障害区分、サービス利用状況等）などの情報を、日頃支援している担当者間で共有し、連携するために使用します。

合わせて、災害発生時により命にかかわる緊急時と判断される場合において、安否確認対象者情報として利用されます。これは、安否確認を行う検索者に対し、安否確認・検索期間中に限り登録者の住所・氏名・生年月日などの基本情報の開示を行うためのものです。

また、学術研究などで使用されることも想定されますが、その際は改めて個人情報の同意をとります。

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、東海へいしゅうくんネットワークに登録できる機関（東海市、愛知県医師会・愛知県歯科医師会又は愛知県薬剤師会に所属する機関、介護事業所等）の中で協定を締結した自治体の愛知県全般の電子@連絡帳システムに参加している施設から決められます。

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情報システムの安全管理に関するガイドライン（指針）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する場合は、問合せ先に連絡してください。

■問合せ先■ 東海市役所 高齢者支援課 052-689-1600（代）

説明者 _____（機関名： _____）の

説明により、東海市在宅医療・福祉統合ネットワーク「東海へいしゅうくんネットワーク」を利用した支援の提供に同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名 _____ 氏名： _____

↑代筆者氏名： _____（本人との関係： _____）

家族代表署名 _____ 氏名： _____（本人との続柄： _____）

↑代筆者氏名： _____（家族代表との関係： _____）

※登録内容（基本情報）を確認します。対象者の以下の情報を記入の上、提出して下さい。

被保険者番号 or 生年月日（ _____ ） 登録依頼 ・ 登録済み

↑登録についてどちらかに丸をつけて下さい↑