いきいきiネット(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** | 男  女 | | | |
| **住所** | 〒 | | | | **世帯状況** | □ひとり暮らし  □夫婦世帯  □その他 | | | |
| **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（歯科）** | 氏 名：  医療機関名等： | | | | **登録申込**  **・同意日** |  | 年 | 月 | 日 |

※１ 本人が自署できない場合、親族、後見人等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※４** | **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　支援チームは、容体や施設側の体制変更により、適時変わる場合があります。

　　　最新の支援チームメンバーを知りたい場合は支援チームの誰かにお聞きください。

※４ 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。

※５ 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保管してください。

※６ 同意取得者は，下記に同意書の写しを持参又は FAX する。

取手市医師会事務局　所在地：取手市野々井1926番地 FAX：0297-70-7288

施設名： 担当者名： 送信日：　　年 　月　　日