

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	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 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