在宅医療・福祉統合ネットワーク「茨城県医師会　電子＠連絡帳」

　参加同意書（患者さん用）

一般社団法人茨城県医師会　御中

私は、在宅医療・福祉統合ネットワーク「茨城県医師会　電子＠連絡帳」に関する説明を理解し、その目的に賛同しましたので、私の医療・介護等に関する情報が関係機関間で共有されることに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| **（フリガナ）** |  |
| **氏名** |  |
| **性別** | 男　　・　　女 | **生年月日** | 明　・　大　・　昭　・　平　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **連絡先** | 　　　　　　　　　（　　　　　　） | **緊急連絡先** | 　　　　　　　　（　　　　　　） |
| **住所** | 〒　　　　　　－ |
|  |
| **（フリガナ）** |  |
| **代理申請者氏名****※１** | （続柄：　　　　　　　　　　　　）（ご本人が自署できない場合に、記入してください。） |
| **参加同意日** | 　　　平成　　　　　年　　　　月　　　　日 |  |

（以下、担当者による記入欄）

※患者さんの在宅ケアをされている担当者の中で、電子＠連絡帳を利用する担当者を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **同意取得者** | **氏名** | **所属施設名（正式名称）** |
| **担当者****※２** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　茨城県医師会受理　：　　　　　年　　　月　　　日

■同意書の送付先

取手市医師会　　FAX：　029-770-7288　　　　（患者さんから同意書を取得した担当者はこちらへ送付してください）

茨城県医師会　　FAX：　029-243-5071　　　　（取手市医師会担当者はこちらへ送付してください）