

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) 記入例

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)	トリデ ハナコ		
氏名	取手 花子		
性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 2年10月1日
連絡先	029 (123) 4567	緊急連絡先	090 (123) 4567
住所	〒 300 - 0000 茨城県 取手市 ○○ 1-2-3		
(フリガナ)			
代理申請者 氏名 ※1	(続柄:) <small>(ご本人が自署できない場合に、記入してください。)</small>		
参加同意日	平成 29 年 10 月 1 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 和子	訪問看護ステーション○○
		水戸 太郎	○○居宅介護支援センター
		日立 次郎	○○医院

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)

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) **記入上の注意**

「茨城県医師会 電子@連絡帳」に参加される患者さん・担当者は、以下の注意点にそって記入してください。

※1

代理申請者氏名

・ご本人が自署できない場合、親族または担当者の方が記入してください。ご本人が自署できる場合は記入不要です。

※2

担当者

- ・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。
- ・患者さんから同意を取得した担当者は、「同意取得者」欄に必ずチェック☑を入れてください。
- ・電子@連絡帳の利用には、別途「利用申請書」の提出が必要です。