

音更町医療・介護多職種連携情報共有システム情報共有同意書

音更町医療・介護多職種連携情報共有システム運用管理者(担当圏域包括) 御中

私は「音更町医療・介護多職種連携情報共有システム」に関する事項の説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、医療・介護に関する情報が連携する関係機関との間で共有されることに同意します。

また、システムに登録された情報が、管理者である町及び地域包括支援センターとの間で共有されることにも同意します。

本人(患者)記入欄			
同意年月日			
本人氏名【自署】	(ふりがな)		
	----- (氏名)		
住所	〒		
電話番号			
生年月日	年	月	日
代理人記載 の場合	代理人氏名 【自署】		続柄

システム同意取得事業所記載欄	
説明者 【自署】	(事業所名)
	----- (氏 名)