

神崎市郡在宅医療・介護連携情報共有 ICT システムの 利用に関する同意書

神崎市郡在宅医療・介護連携支援センター代表者 様

令和 年 月 日

1 利用者（患者）

私は、医療機関及び介護事業所が連携した在宅医療・介護サービスを受けるため、下記の説明者から、ICT システムの内容及び個人情報の取扱いについての説明を受け、十分に理解しました。

そして、神崎市郡在宅医療・介護連携情報共有 ICT システム（カナミックシステム）を利用し、在宅医療・介護サービスの提供に必要な情報を在宅医療・介護サービスの提供を行う医療機関及び介護事業所で共有することに同意します。

氏 名	(フリガナ)
	(印)
住 所	〒

署名代行者（本人が自署できない場合）

氏 名	(フリガナ)
	(印)
住 所	〒
本人との関係	
自署できない理由	

2 利用者（患者）のご家族等の代表者

私は、利用者が在宅医療・介護サービスを受けるために必要となる利用者の家族等の個人情報について、関係事業所で共有することに同意します。

氏 名	(フリガナ)
	(印)
住 所	〒
続 柄	

<ICT システムの利用に関する説明者>

医療機関/ 事業所名	
氏 名	(フリガナ)
	(印)

**神崎市郡在宅医療・介護連携情報共有 ICT システム
利用登録申請書（利用者（患者）・家族用）**

神崎市郡在宅医療・介護連携支援センター代表者 様

令和 年 月 日

神崎市郡在宅医療・介護連携情報共有 ICT システムの利用について同意の上、ICT システムの利用者（患者）部屋での情報共有に参加するため、ICT システム利用の利用登録を申請します。

1 利用者（患者）

氏 名	(フリガナ)		
	Ⓜ		
住 所	〒		
電話番号		FAX 番号	
e-mail アドレス			

署名代行者（本人が自署できない場合）

氏 名	(フリガナ)		
	Ⓜ		
住 所	〒		
本人との関係			
自署できない理由			

2 利用者（患者）のご家族等の代表者

氏 名	(フリガナ)		
	Ⓜ		
住 所	〒		
続 柄			
電話番号		FAX 番号	
e-mail アドレス			

<注意点>

- ※ 利用者（患者）部屋での情報交換に参加される場合のパソコンやタブレット等の末端機器の調達費及びインターネットへ接続するための通信費は、利用者（患者）様又はご家族の負担となります。
- ※ 実際に利用者（患者）部屋での情報共有が開始されるのは、神崎市郡在宅医療・介護連携支援センターが利用者（患者）部屋を作成し、この部屋に参加者を招待して以降となります。準備が整いましたら、利用（患者）者様（又はご家族）へご連絡いたします。（通常、システムの利用開始までは2週間程度の準備期間がかかります。）