

# 「在宅医療・介護情報共有システム」 利用同意書

## 記

### 1 目的

在宅医療で生活されている方を支える為には、様々な医療関係者（医師・看護師・リハビリ・薬剤師等）や介護福祉関係者（ケアマネジャー・デイサービス・訪問入浴・ホームヘルパー等）が、療養される方の状態をできるだけ早く情報共有することが重要となります。

「在宅医療・介護情報共有システム」では、医療・介護福祉行為の情報をインターネットを介して、迅速に共有することで、医療・介護福祉行為の提供を円滑に行い、療養される方の生活を切れ目なく支えることを目的とします。

### 2 利用にあたっての条件

「在宅医療・介護情報共有システム」では氏名、生年月日、住所、電話番号等個人が特定される情報を取り扱うこととなり、病歴、症状、その他医療・介護に関わる事項を取り扱う事をご理解下さい。また、情報共有においてはご本人・ご家族の同意を得ることを条件とします。得られた情報は、療養される方への支援向上以外の目的で利用することはありません。

### 3 同意と撤回の自由

同意した後でも取りやめることができます。また同意後に取りやめた場合でも医療や介護・福祉サービスの利用にあたり、不利益を受ける事はありません。取りやめる際には、説明者(取扱担当者)へお申し出ください。

## ※「在宅医療・介護情報共有システム」とは

在宅療養をされている方を多職種で関わって行く為に、インターネットを活用したシステムで情報共有を行うことで、迅速にきめ細やかなケアを行う事を目指しています。システムでの情報共有は説明者（取扱担当者）が選んだ専門職等が関わるものです。

「在宅医療・介護情報共有システム」の利用にあたり、本書に基づいて説明を行いました。

年 月 日

説明者(自署) 事業所等名称 \_\_\_\_\_

(取扱担当者)

代表者氏名 \_\_\_\_\_

説明者(役職・職名・氏名) \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

連絡先(TEL) \_\_\_\_\_

※当システムについてのご本人、ご家族さまからの問い合わせ・申し出等は、上記説明者(取扱担当者)が対応いたします。上記連絡先までご連絡下さい。

私は、本書面により、「在宅医療・介護情報共有システム」利用についての説明を受け、上記2の同意をいたします。

年 月 日

利用者(自署) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

ご家族、代理人(自署) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(利用者との関係: \_\_\_\_\_)

平成31年3月31日改定