

大宮在宅医療支援センターおよび連携医療機関等における 在宅医療患者情報共有の同意について

私、およびその家族の個人情報については、以下に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1. 目的

患者さまが円滑に医療・介護サービスを受けられるよう、医療・介護等の関係機関が必要な患者情報を共有する。

2. 使用する機関の範囲

患者さまが関連するサービス・援助を受けている機関（関係医療機関、関係介護機関およびその他関係する行政機関・団体による医療・介護その他の関連するサービス・援助を受けている機関）

3. 使用する期間

関係医療機関、関係介護機関およびその他関係する行政機関・団体による、医療・介護その他の関連するサービス・援助を受ける期間

4. 条件

- 個人情報の提供・共有は、必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておく。

医療機関名：

管理者：

様

平成 年 月 日

《患者さまお名前》

住所

氏名（署名または記名押印）

《ご家族お名前（代表者）》

住所

氏名（署名または記名押印）

患者本人は、身体の状態等により署名等ができないため、患者本人の意思を確認のうえ、私が患者に代わり代筆しました。

《署名代筆者》

住所

氏名（署名または記名押印）