

【在宅患者(利用者)受入れ時】

## 情報共有システム情報共有同意書

(システム利用同意取得事業所の代表者)

様

私は「水戸市の運営する情報共有システム」に関する説明を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、私の医療・介護に関する情報が、連携する医療機関・介護事業所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、システム管理者である水戸市との間で共有されることにも同意します。

患者(利用者)記載欄				
同意年月日	令和	年	月	日
患者(利用者)氏名 【自署】	(フリガナ)			
	(氏名)			男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
代理人記載の場合	代理人氏名(自署)		続柄	
介護保険番号				

※ 確実な患者(利用者)本人の確認のために、介護保険番号を記載してください。

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)
連携医療機関・介護事業所名	

◎原本は説明し、同意を得た事業所が保管するものとします。

コピー1部を患者(利用者)様本人へお渡しし、システムのユーザー管理者には、コピーと「様式6 患者(利用者)部屋作成依頼書」とともに提出してください。