**様式３ （システム利用同意取得事業所 ⇒ 原本保管　複写ユーザー管理者あてＦＡＸ）**

【在宅患者（利用者）受入れ時】

**坂井地区在宅ケア情報共有システム**

**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「坂井地区在宅ケア情報共有システム」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。

システムに登録するために、ユーザー管理者（坂井地区在宅ケアネット、坂井地区広域連合介護保険課、あわら地域包括支援センター、坂井市高齢福祉課）に利用者情報が提供されることに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 医療保険番号または  介護保険番号 |  | | | |
| * 確実な患者（利用者）本人の確認のために、医療保険番号または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、患者（利用者）様に説明を行った事業所が保管するものとします。

　 　患者（利用者）様には、コピー１部をお渡しし、システムのユーザー管理者には、コピーと「様式４

　患者（利用者）部屋作成依頼書」をＦＡＸにて送信してください。