

一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システム 利用同意書

一般社団法人名古屋市医師会長 殿

私（及び私の家族）は、一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療・介護支援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、関係機関間で共有されることに同意します。

| | |
|-------|--|
| 療養者氏名 | |
|-------|--|

在宅医療・介護支援システムの利用（関係者間における情報共有）

システム利用における検査結果等のデータベース登録

ご本人の氏名（自署）

同意日： 平成 年 月 日

代理人の氏名（自署）※ご本人の記入が困難な場合

同意日： 平成 年 月 日

続柄（ ）

私は、一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システムについて、十分説明を行いました。

【説明者氏名（自署）】

【所属医療機関名または施設名】

説明日： 平成 年 月 日

【主治医名】

【クリニック名】

※主治医以外が説明・同意を行った場合にご記入ください。

【連携グループにおける主治医・クリニック名】

※今後、主治医を変更した場合も、本様式による同意に基づき、多職種による情報共有を行うことがありますので、ご了承ください。