

# 砂川市地域包括ケアネットワークシステム同意書

砂川市地域包括ケアネットワークシステム運営協議会会長 様

私は、下記により砂川市地域包括ケアネットワークシステムに関する説明及び説明書の交付を受け、その目的及び利用方法を理解した上で、私の医療情報等が参加事業所において共有されることに同意します。

記

～患者又は利用者記載欄（自署）～

記載日	年 月 日		
ふりがな		性別	男・女
本人氏名			
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		続柄

ただし、下記の参加事業所については医療情報等の共有に同意しません。

病院・医院	
<input type="checkbox"/> 砂川慈恵会病院 <input type="checkbox"/> 細谷医院 <input type="checkbox"/> すながわ耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 小泉医院 <input type="checkbox"/> いとう内科循環器科クリニック <input type="checkbox"/> 村山内科医院 <input type="checkbox"/> 小林産婦人科医院 <input type="checkbox"/> 明円医院	
調剤薬局	
<input type="checkbox"/> ナカジマ薬局砂川店 <input type="checkbox"/> アース調剤薬局砂川店 <input type="checkbox"/> なの花薬局砂川店 <input type="checkbox"/> はまなす薬局砂川店 <input type="checkbox"/> 日本調剤ホリ薬局 <input type="checkbox"/> ウリ薬局 <input type="checkbox"/> そらちぶと調剤薬局 <input type="checkbox"/> ツルハドラッグ砂川店	
歯科医院	
<input type="checkbox"/> 多比良歯科医院 <input type="checkbox"/> 松原歯科医院 <input type="checkbox"/> 伊藤歯科医院 <input type="checkbox"/> 砂川ファミリー歯科	
介護事業所等	
<input type="checkbox"/> ささえあいセンター（地域包括支援センター） <input type="checkbox"/> ジャパンケア砂川 <input type="checkbox"/> 砂川ケアプラン相談センター <input type="checkbox"/> 砂川介護計画相談センター <input type="checkbox"/> 砂川福祉会（福寿園、みやかわ） <input type="checkbox"/> ソーシャルワーク（神部相談センター、グループホームりんごの里） <input type="checkbox"/> ハピネス <input type="checkbox"/> 北星（グループホームなの花、すずらん） <input type="checkbox"/> 砂川訪問看護ステーション	

～同意取得事業所記載欄～

同意取得事業所名		電話番号	—
説明及び説明書交付者		部署	

※ 本書を受理した場合、速やかに事務局（市立病院）にFAX等により報告するとともに、原本を事務局（市立病院）に送付してください。

※ また、写しを2部作成し1部を患者又は利用者、もう1部を同意取得事業所で保管してください。

事務局記載欄

設定者氏名		処理日	年 月 日
患者ID			