

「介護予防・在宅療養手帳」 兼 「三条ひめさゆりネット」に関する同意書

年 月 日

三 条 市 長 様
三条市医師会長 様

私は、「介護予防・在宅療養手帳」及び「三条ひめさゆりネット」の利用に関する説明を受け、その目的及び利用方法を理解しました。

つきましては、医療機関、介護・福祉サービス事業所等が私の診療情報、医療情報、介護などの支援の情報、生活状況の情報等を提供し、三条市（救急隊等）、三条市医師会、医療機関、介護・福祉サービス事業所等が情報を閲覧及び活用することに同意いたします。

ふりがな

本人氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印

説明担当者へのお願い

- ※ 本人が記載できない場合は、本人氏名を代筆し、代理人欄に署名・捺印をお願いします。
- ※ 裏面の登録救急医療情報欄を御記入ください。「持病（既往歴）」の欄以外は、在宅療養手帳の概要の写しを添付していただくことで記入を省略して構いません。
- ※ 利用者用説明書（チラシ）の下部に同意した日、本人または代理人の署名を記入し、在宅療養手帳に綴ってください。
- ※ 在宅療養手帳の表紙に三条ひめさゆりネットのシールを貼り付けてください。

【提出先】

三条市 福祉保健部 地域包括ケア推進課
または

三条市地域包括ケア総合推進センター

住所：三条市旭町二丁目3番1号

住所：三条市大野畑6番86-11号

登録救急医療情報

救急隊等が活用する情報を三条ひめさゆりネットに登録するため、下記の記載をお願いします。

(ふりがな) 氏 名※	()	電話番号	
住 所		性 別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	血液型	型 Rh (+・-)
持病 (既往歴)	アレルギーの有無：なし・あり ()		
備考			

※ 氏名は、介護保険被保険者証等に記載の正式な漢字で記入してください。

<緊急連絡先>

氏名 (ふりがな)	続柄	電話番号	住 所
()		自宅 携帯 勤務先等	
()		自宅 携帯 勤務先等	
()		自宅 携帯 勤務先等	

<かかりつけ医>

	かかりつけ医①	かかりつけ医②	かかりつけ医③
診療所名・ 病院名 (診療科目)			
担当医師			
電話番号			

<医療機関、介護・福祉サービス事業所等>

歯科医療機関		
保険薬局		
居宅介護支援事業所・ 地域包括支援センター等		
介護・福祉サービス 事業所		
その他情報共有が 必要な機関	保健所 あり・なし	

※ かかりつけ医、医療機関、介護・福祉サービス事業所等のうち、三条ひめさゆりネットを導入している事業所は、三条ひめさゆりネットの連携の設定を行います。