

「高知家@ラインはたまるねっと」 同意申込書

私は、高知家@ラインはたまるねっとに関する説明および説明文書の交付を受け、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・介護情報がICカードの提示先で一定期間閲覧されることに同意いたします。また、救急時及び災害時等にICカードなしでも閲覧される可能性があることに同

※必須入力箇所になります。

一般社団法人 幡多医師会 殿		お申込み日：令和 年 月 日	
患者さん記入欄			
※ ふりがな			※ 性別
※ 申込者氏名			男 ・ 女
※ 生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
※ 住所	〒 市・町・村		
※ 電話番号			
代理人氏名	ふりがな		
	親 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 施設管理者 ・ その他 ()		

患者さん本人の署名を原則としますが、病状等により本人の意思が不明確な場合は、家族等代理又は代筆人の方による署名も可能です

個人情報の利用目的について個人情報取扱規約をご確認の上、以下の□内に同意する場合、レ点を入れてください。

参加登録施設との共有、及び将来連携するはたまるねっと同種の「地域医療介護ネットワークシステム」への提供、また連携先のEHRに参加住民の情報がある場合は、該当情報をはたまるねっとで参照する。	□
容易に個人を識別できないよう加工し、医療政策をはじめとした行政政策の検討とそれらに関する研究への活用	□

施設記入欄

施設名	カード発行施設:	TEL	
同意取得施設			
本人確認	保険証 ・ 運転免許証 ・ マイナンバー ・ その他 ()		
被保険者証	保険者番号		
	記号	番号	
施設患者ID	ICカード番号		
同意取得事業所 記入欄（介護連 携）	説明者氏名	職種	
	説明事業所名		
	情報共有施設名		