

様式2 (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】

## 情報共有システム情報共有同意書

(主治医)

様

私は「岸和田市医師会の運営する情報共有システム」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。

また、システムに登録された情報が、システム管理者である岸和田市医師会との間で共有されることにも同意します。

患者（利用者）記載欄				
同意年月日	平成 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。

システム同意取得医療機関記載欄	
説明者 【自署】	(医療機関名)
	(主治医)

◎原本は説明し、同意を得た事業所が保管するものとします。

コピー1部を患者(利用者)様本人へお渡しし、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」とともにFAX送信してください。