

### 個人情報に関する同意書

私と家族は、安心して生活を続けられるように医療・介護等サービス提供者間で必要な情報を共有するために、この手帳を使用することに同意します。

年 月 日

ご本人

(代筆)

ご家族

(続柄)

代理人

(関係)

### <緊急連絡先>

|   | 氏名   | 電話番号 | 連絡のつく時間帯  |
|---|------|------|---|
| ① | (関係) |      | <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後<br><input type="checkbox"/> 時～時 |
| ② | (関係) |      | <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後<br><input type="checkbox"/> 時～時 |
| ③ | (関係) |      | <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後<br><input type="checkbox"/> 時～時 |

### 支援体制・連絡先

| 開始日 | 医療機関等          |              |                        |
|-----|----------------|--------------|------------------------|
|     | かかりつけ<br>医     | 病院名: 医師名:    |                        |
|     |                | 連絡を受けやすい時間帯: | 連絡を受けやすい方法: 電話・FAX・メール |
|     |                | 電話:          | FAX:                   |
|     |                | Eメール:        |                        |
|     | 専門医            | 病院名: 医師名:    |                        |
|     |                | 連絡を受けやすい時間帯: | 連絡を受けやすい方法: 電話・FAX・メール |
|     |                | 電話:          | FAX:                   |
|     |                | Eメール:        |                        |
|     | その他            | 病院名: 医師名:    |                        |
|     |                | 連絡を受けやすい時間帯: | 連絡を受けやすい方法: 電話・FAX・メール |
|     |                | 電話:          | FAX:                   |
|     |                | Eメール:        |                        |
|     | 薬局             | 電話:          | 訪問 有・無                 |
| 開始日 | 関係機関           | 事業所名         | 電話                     |
|     | ケアマネ<br>ジャー    | 担当:          |                        |
|     | 地域包括支<br>援センター |              |                        |
|     | 訪問看護           |              |                        |
|     | 訪問介護           |              |                        |
|     | 通所リハ           |              |                        |
|     | 通所介護           |              |                        |
|     | ショートステイ        |              |                        |
|     | 施設入所           |              |                        |
|     |                |              |                        |
|     |                |              |                        |
|     |                |              |                        |
|     |                |              |                        |