

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。

平成 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 <input type="checkbox"/> 時～時
②	(関係)		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 時～時
③	(関係)		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <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
	ケアマネジャー	担当： _____	
	地域包括支援センター		
	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		