

小国郷ケア情報シート同意書

小国郷医療福祉あんしんネットワーク参加機関（※別紙参照）は、以下のとおり「小国郷ケア情報シート」を活用し、御本人と御家族に対して、より良い支援を行います。

1 目的

小国郷ケア情報シート（以下、「本シート」という。）は、御本人と御家族の生活を支える医療・介護・福祉サービス等の関係専門職が、共通の情報を基に、協力し合ってより良い支援をしていくために活用するものです。

2 個人情報の保護と御本人等への開示

本シートを使って行う情報の提供（共有）に当たっては、御本人又は御家族、後見人（後見的立場にある方）の同意をいただきます。個人情報外部に漏れないよう、情報のやり取りや書類の管理は十分に注意して行います。また、医療・介護・生活支援以外の目的で御本人と御家族の情報を使用することはありません。

御本人又は御家族、後見人（後見的立場にある方）から開示請求があれば、本シートの開示を行います。ご希望の方は開示請求をする折に、ケアを担当している機関（居宅、施設、病院）までお申し出ください。

3 同意と撤回の自由

本シートの利用に同意した後で、取り止めることもできます。また、同意後に撤回された場合でも、医療や介護・福祉サービスの利用に当たり、不利益を受けることはありません。

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者氏名： _____ (所属機関)

「小国郷ケア情報シート」の活用により、私の情報が私の支援に携わる専門職で共有されることに同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

○御本人氏名： _____ 印

(自署・代筆) 代筆者： _____ (御本人との関係： _____)

○御家族、後見人／後見的立場にある人

(自署)： _____ 印 (御本人との関係： _____)