

様式第 7b 号（第 17 条関係）

同意書

福岡市長 様

私は、福岡市在宅連携支援システム（以下「本システム」という。）に関する裏面記載の内容について説明を受け、その目的及び利用方法などを理解したうえで、福岡市及び利用組織が保有する私の医療、介護、健診、見守り、投薬などの情報、バイタルサイン及び日々の生活状況について、他の目的に使用されないことを条件として、本システムへ提供され、各利用組織で共有されることに同意します。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____（男・女）

生 年 月 日 明治・大正・昭和 _____年 _____月 _____日

電 話 番 号 _____

介護保険被保険者番号 _____

※同意者が代理人の場合のみ記入

代 理 人 住 所 _____

代 理 人 氏 名 _____（本人との関係：_____）

電 話 番 号 _____

■緊急連絡先

連 絡 先 氏 名 _____

本人との関係 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

■提出者記入欄（※本同意書を福岡市に提出した者）

本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 親族（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> 医療機関・介護保険事業者	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
※提出者が本人以外の場合のみ記入		
事業所番号・医療機関番号	_____	
事業所名・医療機関名	_____	
提出者氏名	_____	
提出者連絡先	_____	

----- センター記入欄 -----

提出者確認書類	
本人確認書類	在職確認書類
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 日本国旅券
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター従事者証	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード
	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> 在職証明書
	<input type="checkbox"/> 社員証・職員証
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター従事者証

入力印

説明事項

- 1 福岡市在宅連携支援システム（以下「本システム」という。）とは、ご本人やご家族の同意のもと、ご本人の医療、介護、健診、見守り、投薬などの情報、血圧などのバイタルサインや日々の生活状況について、医療・看護・介護に係る関係者（以下「利用組織」という。）が情報システムを通して共有することにより、関係者の負担軽減を図りながら、質の高いケアサービスの提供を目的とするものです。
- 2 本システムで共有される情報（以下「ヘルスケア情報」という。）は、以下のものになります。
 - (ア) 介護保険資格情報（ご本人の氏名、年齢、生年月日、被保険者番号、負担割合など）
 - (イ) 要介護認定情報（要介護度、訪問調査結果、主治医意見書、特記事項など）
 - (ウ) 健診結果（身長、体重、内臓機能、脂質代謝、尿酸など）
 - (エ) 緊急連絡先
 - (オ) 介護サービス計画書、サービス利用票・提供票
 - (カ) 訪問看護報告書・指示書
 - (キ) 入退院時の情報提供書、退院支援計画書
 - (ク) バイタルサイン（体温・血圧・心拍など）
 - (ケ) 写真や動画を含む、日々の生活状況の記録
 - (コ) その他関係組織の保有する情報
- 3 ヘルスケア情報の閲覧は、ご本人が福岡市の国民健康保険、後期高齢者医療保険、介護保険を使って利用・受診された利用組織に対して許可され、さらにそれらの利用組織は必要に応じて閲覧可能な利用組織の追加、変更を行います。
- 4 ご本人やご家族からのお申し出により、いつでも情報の共有を停止することができます。

【本人署名欄】 上記の説明について理解し、福岡市在宅連携支援システムにおいて私のヘルスケア情報が共有されることに同意します。

本人署名 _____ ※本人署名なき同意書は無効

代筆者氏名 _____ 本人との関係 _____
※本人署名を代筆した場合